

DA 05 01

Documento de apoyo

Guía para la Autoevaluación



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD



Guía para la Autoevaluación

DA 05 01

Documento de apoyo

Rev. 2

Noviembre de 2017



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Noviembre de 2017

Edita:

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Licencia Creative Commons:



Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada (by-nc-nd):

No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

Índice

INTRODUCCIÓN	6
¿Cómo utilizar esta guía?	7
Parte I: Gestión del proceso de certificación	9
1> ¿Qué es la autoevaluación y para qué sirve?	9
¿Para qué sirve?.....	10
2> Planificación de la autoevaluación	11
Pautas para planificar el proyecto	12
3> Herramientas de ayuda para la autoevaluación	13
ME_jora C.....	13
Documento general de certificación.....	15
Recomendaciones	16
Servicio de apoyo a la certificación ACSA	16
4> El equipo de autoevaluadores	17
5> El desarrollo de la autoevaluación	19
Los tiempos de la autoevaluación.....	19
Técnicas a utilizar	20
Parte II: Conceptos y aclaraciones para trabajar con los estándares	24
6> El estándar: lectura y comprensión	24
7> El ejercicio de reflexión	26
8> Algunos conceptos de base y algunas consideraciones	31
¿Es necesario documentarlo todo?.....	31
¿Es necesario medirlo todo?	31
El lenguaje utilizado me resulta confuso o desconocido	32
El proceso es muy exigente y duro	32
¿Cómo encontrar los elementos de ayuda que me da la ACSA?	33

INTRODUCCIÓN

Entendemos la autoevaluación como un **proceso de reflexión interna que realizan los profesionales sanitarios, teniendo como marco de referencia el manual de estándares de certificación, donde identifican su posición actual respecto a dicho marco de referencia, determinan hasta dónde llegar y qué medidas son necesarias para conseguirlo.** Así, la autoevaluación es un espacio de *encuentro* y *consenso* de los profesionales, así como de aprendizaje y mejora compartida.

La unión de esfuerzos, aportaciones, experiencias y aprendizajes genera un impulso de mejora en la organización que sería muy difícil, o prácticamente imposible, que se generara a nivel individual. Por ello, la autoevaluación debe ser una oportunidad de aunar sinergias y hacer equipo con todos. **La fase de autoevaluación es la fase más enriquecedora de los procesos de certificación de Centros y Unidades**, ya que permite el análisis interno de la Organización orientado a encontrar los espacios de mejora de la calidad sanitaria tomando como referencia el Manual de Estándares, lo que da un marco de trabajo definido y trazable.

El objetivo principal de esta guía es proporcionar a los profesionales de los centros y unidades sanitarias interesados en la mejora continua de la calidad del servicio que prestan una serie de herramientas de trabajo, consejos, orientaciones y claves para poder realizar un adecuado diagnóstico interno de situación y establecer un punto de partida para esta forma de trabajar. Obviamente, para los profesionales de aquellas unidades y centros sanitarios que han iniciado su proceso de certificación, y se encuentren en cualquiera de sus fases (autoevaluación inicial, respuesta del solicitante, seguimiento o renovación de la certificación), el interés es encontrar elementos de apoyo que les permitan optimizar esfuerzos y obtener los mejores resultados. Pero también puede ser de interés para aquellos profesionales interesados en la calidad asistencial y en el ejercicio de la reflexión interna sobre cómo están haciendo su trabajo y, lo más interesante, cómo se podría hacer mejor.

También en este momento es preciso aclarar qué no encontrarán en esta guía. Este documento no pretende ser una guía para preparar la evaluación o acertar en lo que buscarán los evaluadores. Las razones de por qué la guía no sirve para esto principalmente son dos: en primer lugar, el fin principal del proceso de certificación no es la obtención de un certificado o título, sino guiar y sistematizar la mejora continua de las unidades y centros. En segundo lugar, no hay aspectos ocultos que manejen los evaluadores más allá de la búsqueda de garantías de cumplimiento de los estándares de calidad; el propósito y los elementos evaluables de los estándares están visibles, por lo que esta guía no descubre nada nuevo. Pero sí que pretende ser útil para ayudar a cambiar el planteamiento de la primera razón, y aclarar ciertos elementos de los estándares.

Esperamos sinceramente que el presente documento cumpla con su cometido de servir de apoyo, junto con el resto de herramientas y recursos de apoyo que desde la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) se ponen a disposición de los profesionales sanitarios, para buscar entre todos una asistencia sanitaria orientada a la excelencia.

¿Cómo utilizar esta guía?

Este documento se ha concebido como una herramienta de ayuda, y persigue un fin fundamental, que es facilitar el entendimiento de los estándares de certificación para poder buscar evidencias positivas de cumplimiento y áreas de mejora (empezamos con la terminología pero no se preocupe, en esta guía le vamos a explicar el significado de nuestros términos más técnicos). Podríamos decir que la visión de esta guía es conseguir que el cumplimiento de los estándares de certificación dependa del nivel de trabajo y madurez del centro o unidad con ellos, y no del entendimiento o falta de entendimiento de los mismos.

Por supuesto que puede usar esta guía como le convenga, pero nos permitimos darle algunas sugerencias para su mejor aprovechamiento.

La guía está estructurada en dos partes, y cada una de ellas contiene recomendaciones para optimizar el proceso de autoevaluación y de implantación de mejoras en su Unidad.

Gestión del proceso de certificación

La certificación de calidad de su centro o unidad pone en marcha una serie de mecanismos, recursos y personas para conseguirla. Es un proceso y como tal debe gestionarse. La gestión adecuada del proceso hace que la autoevaluación sea más completa y enriquecedora, mejora la vivencia del proceso por parte de los profesionales y permite unos niveles de logro más altos.

Trabajo con los estándares

Durante la autoevaluación van a enfrentarse con un número de estándares de calidad ante los que definir evidencias, mejoras y situación de cumplimiento. Para ello, en este apartado de la guía de autoevaluación vamos a proponerle una metodología de trabajo que, si la aplican a cada uno de esos estándares, harán el trabajo más llevadero y aprovechable.

Parte I: Gestión del proceso de certificación

1> ¿Qué es la autoevaluación y para qué sirve?

2> Planificación de la autoevaluación

3> Herramientas de ayuda para la autoevaluación

4> El equipo de autoevaluadores

5> El desarrollo de la autoevaluación

Parte I: Gestión del proceso de certificación

1> ¿Qué es la autoevaluación y para qué sirve?

El Modelo Andaluz de Certificación de la Calidad Sanitaria señala la mejora continua de la calidad del servicio sanitario al ciudadano como marco de actuación de todos y cada uno de los elementos del sistema. Por otra parte, se reconoce que los profesionales sanitarios son el principal motor de cambio del sistema sanitario, cada uno desde su nivel de responsabilidad.

Con estas dos premisas es fácil comprender que se otorgue un papel primordial a la autoevaluación.

Entendemos la autoevaluación como un **proceso de reflexión interna** que realizan los profesionales sanitarios, teniendo como **marco de referencia** el manual de estándares de certificación, donde identifican su posición actual respecto a dicho marco de referencia, determinan hasta dónde llegar y qué medidas son necesarias para conseguirlo. Así, la autoevaluación es un **espacio de encuentro y consenso** de los profesionales, así como de **aprendizaje y mejora compartida**.

REFLEXIÓN

Qué no debe ser una autoevaluación:

- Una actividad pensada para satisfacer a los evaluadores
- La preparación de un examen
- Un trámite inevitable

A aquellos que alojen alguna de estas concepciones les animamos a seguir leyendo el manual y probar a cambiar su postura por una más positiva y, sobre todo, más reconfortante. Nosotros pondremos nuestro máximo empeño en ello.

La unión de esfuerzos, aportaciones, experiencias y aprendizajes genera un impulso de mejora en la organización que sería muy difícil, o prácticamente imposible, que se generara a nivel individual. Por ello, la autoevaluación debe ser una oportunidad de **aunar sinergias y hacer equipo con todos**. Posteriormente profundizaremos en este aspecto para aumentar las garantías de éxito.

¿Para qué sirve?

La asistencia sanitaria cada vez es más compleja, heterogénea y fragmentada. Mejora la tecnología, hay más actores implicados, los roles de las categorías profesionales han cambiado y evolucionado, aparecen nuevas enfermedades, aumenta la exigencia de los ciudadanos, etc.

Para abordar esta complejidad se trabaja desde diversos ángulos, pero la **última responsabilidad** de llevar la calidad a la asistencia de la persona son **los profesionales que trabajan en las unidades y centros sanitarios**. Por ello, a nivel local, es necesario implicarse en identificar aquellos aspectos susceptibles de mejora, implantar las medidas diseñadas y evaluar si han servido para el propósito de mejora planteado.

La autoevaluación sistematiza esta tarea de identificación, implantación y evaluación de mejoras. Las **ventajas** que supone realizar una adecuada autoevaluación son:

- Realizar un **análisis** profundo de la asistencia que se presta por parte de los responsables de prestarla.
- **Identificar** aquellas mejoras pertinentes y necesarias para avanzar, **priorizando** según las necesidades particulares de la unidad o centro.
- **Planificar** la implantación de mejoras en función de las posibilidades y la realidad de la propia unidad o centro.
- Fomenta la **relación** del equipo de profesionales y las dinámicas de trabajo compartido.
- En definitiva, supone que la propia unidad o centro es la **protagonista de su mejora**.

Este trabajo de autoevaluación en el proceso de certificación se completa con la evaluación externa, que aporta una visión técnica de la adecuación de la asistencia sanitaria que presta la unidad o centro a los estándares de calidad del manual de certificación.

2> Planificación de la autoevaluación

El diseño de la autoevaluación en el Modelo Andaluz de Certificación de la calidad sanitaria se basa en el ciclo de mejora continua, o ciclo PDCA (Ciclo de Deming).

Esta metodología de calidad establece cuatro pasos para la mejora continua. Este esquema de cuatro pasos está en el trasfondo tanto de todo el proceso de certificación como en el trabajo con cada estándar.

Los 4 pasos del **Ciclo de Deming** son:

PLAN (P): planificar. El inicio de todo ciclo es establecer los objetivos a alcanzar, definir cómo se van a alcanzar y los recursos necesarios para lograr el éxito.

DO (D): hacer. Desarrollar la autoevaluación, identificando fortalezas y áreas de mejora. Implantar las mejoras necesarias.

CHECK (C): comprobar. Tanto a nivel interno, tras la implantación de las mejoras como a nivel externo, con la evaluación externa.

ACT (A): actualizar y corregir. Aquellas iniciativas y actividades que cumplan con los estándares deben mantenerse y aquellos aspectos que no cumplan con los estándares de calidad deben corregirse.

Por lo tanto, para garantizar el éxito del proceso es necesario realizar una planificación realista y exhaustiva de la autoevaluación. A continuación damos unas pautas para ayudar en esta fase tan importante del proyecto.

Pautas para planificar el proyecto

1. **El equipo directivo establece los objetivos del proyecto.** Sugerimos algunas preguntas de reflexión que debe hacerse el equipo directivo de la unidad o centro. Las respuestas que den a estas preguntas determinarán la planificación del proyecto de certificación.
 - 1.1. ¿Cuál es la **motivación principal para iniciar el proyecto**: la mejora continua o la obtención de la certificación?
 - 1.2. ¿Qué **recursos humanos y de tiempo** disponemos para el proyecto?
 - 1.3. En base a las respuestas de las anteriores cuestiones, ¿cuántos estándares pretendemos trabajar inicialmente?
2. Se designa un **responsable interno del proyecto**.
 - 2.1. ¿Quién asumirá el rol de responsable interno del proyecto?
 - 2.2. ¿Qué funciones y tareas tendrá el responsable del proyecto?
3. Establecer un plan del proyecto.
 - 3.1. ¿Cuánto tiempo estimamos que nos ocupara terminar la autoevaluación?
 - 3.2. ¿Qué canales de comunicación utilizaremos?
 - 3.3. ¿Cuál será la dinámica de aportación de evidencias positivas y áreas de mejora?
 - 3.4. ¿Cuáles serán los plazos intermedios y los puntos de control del proyecto?
 - 3.5. ¿Quiénes formarán parte del equipo de autoevaluadores?

3> Herramientas de ayuda para la autoevaluación

Una vez que la unidad o centro ha realizado la **planificación adecuada y realista** de su proceso, se encuentra en una buena posición de partida para conseguir el éxito, que volvemos a insistir que no es un aprobado por parte de los evaluadores externos, sino identificar las fortalezas para afirmarlas como práctica común, e **identificar las áreas en que se puede mejorar para poder actuar sobre ellas**.

Es un buen momento para conocer qué herramientas se proporcionan para facilitar la tarea a realizar. Desde ACSA se pone especial énfasis en proporcionar todo aquel apoyo para favorecer la mejora continua. Para ello se pone a disposición de centros y unidades sanitarias una batería de recursos.

ME_jora C

Es el principal recurso de apoyo para la autoevaluación, ya que es una aplicación en entorno Web que da soporte para la identificación, recogida, integración, análisis y difusión de la información. Permite no solo trabajar e interactuar con miembros del equipo de autoevaluadores que no están físicamente presentes, sino con el evaluador responsable en la propia ACSA, que puede de manera directa prestar soporte para el trabajo a realizar. Dentro de la propia aplicación ME_jora C encontramos diversas herramientas de ayuda:

- **Zona de comunicación:** una general y otra específica para consultas de estándares. Es el principal mecanismo de comunicación con el evaluador y en ocasiones entre los autoevaluadores. ¿Qué tipo de mensajes pueden circular por esta zona y nos pueden servir de ayuda?
 - **Zona de comunicación sobre el proyecto**
 - Recordatorios de plazos
 - Petición de documentos
 - Envío de avisos de novedades en el proyecto
 - Gestión de fechas de evaluación
 - Comunicación de incidencias en el funcionamiento de la aplicación o del proyecto en sí mismo
 - **Zona de comunicación sobre el estándar**
 - Dudas sobre el entendimiento o comprensión de estándares que impiden que pueda realizar un adecuado análisis del mismo. Aclaración: esta zona de dudas sobre el estándar no está pensada para consultar si un estándar está bien trabajado o no, o para consultar qué hay que poner. Esto no tiene sentido en este Modelo de Certificación ni en la propia estrategia de autoevaluación, ya que es imposible que un evaluador externo a la unidad pueda identificar las evidencias positivas y áreas de mejora de la unidad o centro.
 - Consultas entre evaluadores.

Las posibilidades de esta herramienta son muy amplias y pueden evitar esfuerzos ineficaces por erróneos, o sensaciones de dureza del proceso por tener un sentimiento de soledad.

- **Elementos evaluables:** otra herramienta de ayuda fundamental para el correcto análisis de los estándares. Cada estándar tiene una definición que determina qué aspecto de la calidad exige. Para hacer más comprensible esta exigencia de calidad, se incorporan los diferentes elementos que componen el estándar en forma de elementos evaluables. Ejemplo:

The screenshot shows a software interface with the following content:

- Estándar [ES 5 01.02_01]**
- Se respeta la intimidad y privacidad de la persona.
- Elementos evaluables (4)**
- Existen normas y procedimientos para preservar la intimidad de la persona.
- Los profesionales aplican estas normas y procedimientos.
- Se utilizan los medios (estructurales y/o físicos) necesarios para respetar la intimidad de las personas.
- Se dispone de herramientas para conocer la satisfacción de las personas en relación a su intimidad.

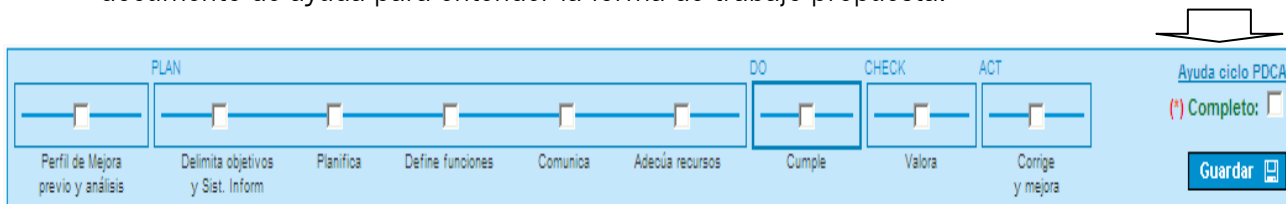
Más adelante, en esta guía daremos unas pautas para trabajar los estándares con los **elementos evaluables**, pero parece claro que tener este recurso incluso como checklist de comprobación es de utilidad para centrar el análisis de los estándares.

- **Ejemplos, elementos de calidad destacada y preguntas frecuentes.** Esta herramienta de ayuda puede aportar en muchos casos el punto de partida para el análisis o facilitar la identificación de un problema de calidad detectado por los autoevaluadores.

The screenshot shows a software interface with the following content:

- Criterio:** [I - La persona, centro del Sistema Sanitario] 01 - La persona como sujeto activo
- Nº orden:** 1 [--] **Nº revisión:** 01 **Grupo:** 1 [Buscador de estándares](#) [Comu...](#)
- Estándar [ES 5 01.01_01]**
- La Unidad de Gestión Clínica difunde el contenido de la Carta de Derechos y Deberes.
- Elementos evaluables (2)**
- La Unidad garantiza que las personas conozcan sus derechos.
- La Carta de Derechos y Deberes está adaptada a las características de la población atendida.
- Ejemplos de Calidad Destacada y Preguntas frecuentes (10)**
- Póster y díptico "Ayude a su médico/a y enfermero/a".
- En ruso, Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en los Servicios Sanit...
- En rumano, Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en los Servicios San...
- En Polaco, Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en los Servicios San...

- Ejemplos: los ejemplos buscan clarificar el significado del estándar aportando información sobre normativa relacionada, información institucional o de evidencia científica relacionada.
- Elementos de calidad destacada: iniciativas identificadas durante los procesos de certificación y que suponen un valor añadido en la actividad. Su difusión a través de ME_jora C, con el permiso de su unidad o centro de origen, permite su uso en el ámbito de la mejora continua en otras unidades.
- Preguntas frecuentes: la experiencia de la ACSA nos ha posibilitado contar con un banco de preguntas y consultas que han sido habituales en los procesos de certificación. Posiblemente la pregunta que le surge al autoevaluador puede estar ya en esta herramienta contestada porque a otro autoevaluador se le ocurrió en una anterior ocasión.
- **Ayuda Ciclo PDCA.** Ya hemos dicho anteriormente que toda la metodología de trabajo con el Modelo Andaluz de Certificación de la calidad sanitaria está basado en el Ciclo de Deming o Ciclo PDCA. Por lo tanto, conocer los conceptos básicos de esta forma de trabajar facilita la labor de autoevaluación. Esta guía describe la metodología de trabajo, pero también en ME_jora C encontramos un documento de ayuda para entender la forma de trabajo propuesta.



Documento general de certificación

Aunque aquí lo consideramos como un recurso de ayuda, constituye el documento que normaliza el proceso de certificación, y que por tanto obliga a ambas partes (unidad/centro y ACSA) desde el momento en que se formaliza la solicitud del servicio de certificación.

Desde el punto de vista que nos interesa en esta guía, es necesario saber que en este documento se describe todo el proceso de certificación: plazos, actividades, resultados, mecanismos puestos en marcha, etc. Por lo tanto, a la hora de planificar el proyecto es muy recomendable su lectura para no hacer una planificación sobre una idea equivocada de lo que supone la certificación de la calidad.

Recomendaciones

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, tras analizar la información que se genera en los diferentes procesos de certificación, emite recomendaciones basadas en esa información y en la evidencia científica disponible para facilitar la práctica diaria de los profesionales sanitarios. Esto también incumbe a la autoevaluación, ya que establece un marco de referencia para el análisis de determinados estándares claves (seguridad, confidencialidad, etc.) y la identificación de las mejoras necesarias.

REFLEXIÓN

Por no hacer excesivamente prolijo este apartado, hemos resumido las principales herramientas de apoyo con las que se cuenta para abordar la autoevaluación. Quisiéramos terminar este apartado volviendo a insistir en el principal “recurso”: el evaluador de ACSA responsable del proyecto. Aunque por cuestiones de organización interna de la propia ACSA pueda cambiar de nombre a lo largo del proceso, siempre va a ser un experto en el Modelo y en la metodología de autoevaluación. Contactar con este responsable bien por zona de comunicación o bien por teléfono puede ayudar a evitar problemas, estancamientos, abordajes erróneos del proceso.

Servicio de apoyo a la certificación ACSA

Estas medidas de apoyo al trabajo de autoevaluación, y otras de carácter más proactivo y directo como formación, publicaciones, blogs, etc., forman parte de un servicio de apoyo a la certificación que busca mejorar la experiencia en los procesos de certificación de una manera planificada y ordenada. Ponemos a su disposición estas iniciativas en nuestra web.

4> El equipo de autoevaluadores

La figura del autoevaluador es de gran importancia en el Modelo Andaluz de Certificación de la calidad sanitaria. Un autoevaluador es un profesional vinculado al centro/unidad que, por lo tanto, lo conoce en profundidad, y que teniendo como referencia estándares de calidad, realiza una reflexión para identificar aspectos de cumplimiento y necesidades de mejora.

En esta guía nos centraremos en la labor que va a realizar durante la fase de autoevaluación, pero el equipo de autoevaluadores debería mantenerse, en la medida de lo posible, en el tiempo para continuar con el proceso de mejora continua, siguiendo con las dinámicas de monitorización, análisis y trabajo en equipo puestas en marcha en la autoevaluación inicial.

No hay un número idóneo de autoevaluadores, esto dependerá del tamaño de la unidad o centro y de sus características particulares. Lo que sí es imprescindible es que participen profesionales de todos los estamentos para que ninguno se sienta fuera del proyecto, y además porque todos aportarán información valiosa y necesaria.

A la hora de organizar el equipo de autoevaluadores hay que tener en cuenta algunas características básicas para hacer una buena elección:

- **Implicación:** partimos de la base de que todo el equipo está implicado, pero también es obvio que existen diferentes grados de implicación, por lo que para los responsables del proyecto es interesante encontrar un primer núcleo con profesionales que tengan más desarrollada esta cualidad respecto a la mejora continua de la calidad.
- **Disponibilidad:** el tiempo es un bien que suele ser escaso, por lo que es interesante analizar las cargas de trabajo de los profesionales que van a formar parte del equipo e identificar las posibilidades de dedicación reales.
- **Capacidad de organización y síntesis:** un óptimo desarrollo de la autoevaluación precisa del uso de metodologías de trabajo que sean eficaces y eficientes. Por lo tanto, para ese núcleo principal de trabajo se necesitan personas que sean capaces de organizar su tiempo y su trabajo consiguiendo resultados concretos y operativos. No se trata en la autoevaluación de escribir todo lo que se hace, sino de identificar evidencias y áreas de mejora claras y orientadas al aprendizaje de la propia unidad o centro.

En cuanto a la distribución del trabajo o composición del grupo, no existe tampoco un modelo ideal. Vamos a describir los principales niveles de permiso para autoevaluadores que están definidos en ME_jora C:

- **Responsable interno del proyecto:** tanto si asume este rol la dirección de la unidad/centro como si lo hace otro profesional, este nivel de acceso a la aplicación permite tener acceso a todo el proyecto, incluyendo acceso al mantenimiento de autoevaluadores, al cierre de la autoevaluación o a la carpeta virtual donde se cuelgan todos los documentos principales del proyecto (solicitud, agenda, equipo evaluador, resoluciones del Comité de Certificación, informes, etc.).
- **Permiso de lectura:** el autoevaluador puede leer en la aplicación ME_jora C toda la información aportada en los estándares (en todos o en los que determine el responsable interno del proyecto).

- **Permiso de escritura:** el autoevaluador puede leer y escribir en la zona de trabajo de ME_jora C en los estándares (en todos o en los que le asigne el responsable interno del proyecto).
- **Permiso para subir documentos:** el autoevaluador puede adjuntar documentos en ME_jora C como soporte de las evidencias positivas o áreas de mejora.

Hay más perfiles de acceso que además pueden combinarse según decida el responsable interno del proyecto, pero no queremos alargarnos demasiado en este aspecto.

REFLEXIÓN

Desde nuestra experiencia, la fórmula más utilizada es identificar un grupo más reducido de autoevaluadores con permiso de escritura y subida de documentos y otro grupo más amplio de autoevaluadores que forman grupos de trabajo con el grupo principal dependiendo de la temática de los estándares (por ejemplo, un grupo de trabajo con administrativos, otro con responsables de procesos, etc.).

Este grupo de autoevaluadores debe entrenarse en el uso de ME_jora C, que va a ser su herramienta de base en calidad durante los siguientes meses. El aprendizaje es rápido, y como ya se ha comentado, se cuenta con herramientas como la Guía de manejo de ME_jora C.

5> El desarrollo de la autoevaluación

Bien, hasta ahora hemos estado trabajando el punto de partida de la autoevaluación, desde su propio concepto y utilidad hasta la planificación y herramientas de ayuda. Llega el momento de ponerse manos a la obra.

Los tiempos de la autoevaluación

Uno de los factores que se perciben con mayor preocupación a lo largo del proceso es la **gestión del tiempo** para la autoevaluación. En el Documento General de Certificación se determina el plazo máximo de autoevaluación en función del tipo de proyecto y la fase de proceso en que se encuentre. Además, el Evaluador ACSA responsable de su proceso le informará de este **plazo máximo**, y del **plazo real** de autoevaluación, que termina **días antes de la fecha de evaluación externa**. Pero una inadecuada planificación y desarrollo pueden convertir estos plazos en unos mucho más cortos y angustiosos. A continuación vamos a dar algunas pautas para que esto no pase.

Una autoevaluación realizada en el final del plazo para cerrarla se parece más a un trámite o encargo que a una metodología de mejora. Disminuye su utilidad y aumenta su dificultad. Resultado: vivencia negativa. Por lo tanto, la planificación debe identificar cómo va a ser la progresión de la misma, estableciendo plazos y objetivos parciales para controlar su normal progresión. Para ello, los responsables del proyecto cuentan con multitud de herramientas en ME_jora C para poder monitorizar el trabajo realizado, de las que puede obtener más información en la **Guía de uso de ME_jora C** que encontrará en nuestra web, y también a través del **Responsable ACSA de su proyecto**.

Nosotros proponemos trabajar los estándares por **niveles de complejidad**. Empezar por los estándares **obligatorios** en la primera parte de la autoevaluación, recogiendo la información necesaria, implantando las mejoras que se identifiquen y comprobando que todos los aspectos del estándar están resueltos.

Posteriormente, incorporar al trabajo los estándares del **grupo I**. Estos estándares abordan aspectos fundamentales de una asistencia sanitaria de calidad, tales como seguridad del paciente, continuidad, derechos del paciente, etc. Dejar estándares de este grupo no suficientemente trabajados y cerrados puede conducir a un diagnóstico de situación erróneo y perder oportunidades de mejorar aspectos fácilmente abordables.

REFLEXIÓN

La calidad no es un concepto unidimensional sino con múltiples aspectos. El Modelo Andaluz de Certificación de la calidad sanitaria no está dirigido a la calidad científico-técnica de la asistencia solamente, sino a la seguridad, la continuidad, la eficacia, la eficiencia, los resultados y la satisfacción de la persona. Por lo tanto, insistimos en que no se dé por sentado que los aspectos básicos de la asistencia están resueltos porque la unidad tiene un reconocido prestigio en la comunidad científica o mucha experiencia en la resolución de determinadas patologías, mientras que en la planta de hospitalización hay riesgo de utilizar medicamentos en condiciones no adecuadas o exista el riesgo de provocar un daño al paciente por la asistencia prestada, por ejemplo.

Técnicas a utilizar

Técnicas de autoevaluación

En el ámbito de la empresa es muy habitual la realización de **autoauditorías** del sistema de gestión de la calidad. En el ámbito sanitario también empieza a ser más habitual. En esta guía no pretendemos en absoluto dar una formación técnica para realizar autoauditorías, pero sí consideramos interesante dar algunas indicaciones sobre la mejor forma de utilizar determinadas técnicas para la autoevaluación.

- **Análisis de registros:** revisión **documental** que permite recoger información de registros de la unidad o centro tales como **actas de reuniones, procedimientos, documentación de procesos**, informes de **análisis de resultados, historias clínicas**, etc. Para realizarla de una manera eficaz es necesario tener algunas consideraciones:
 - Elegir los autoevaluadores que estén más familiarizados con los registros a analizar.
 - Tomar como referencia el listado de documentos que incluye como anexo la “*Guía e indicaciones de la visita de evaluación*” que se proporciona desde la ACSA, que a su vez está basado en los diferentes elementos evaluables.
 - Tomar en cuenta los documentos que dan respuesta a lo que pide el estándar. Si no hay ninguno que dé respuesta directa y es necesario bucear entre registros y documentos, hay que valorar si esto es susceptible de ser mejorado, ya que la documentación no es un fin sino un soporte y registro reconocible de la actividad.
 - Si la documentación está digitalizada resultará muy útil el gestor documental de ME_jora C, que permite ordenar la documentación por temáticas.
- **Observación directa:** esta técnica de autoevaluación aporta mucha información con poco esfuerzo. Observar la realización de tareas en el día a día proporciona muchas claves para valorar si se están aplicando los protocolos, si es fácil hacerlo o si hay algo que no se ha contemplado.

REFLEXIÓN

Se dispone de un procedimiento de prevención de la infección que contempla que se realice un lavado de manos entre curas e intervenciones sobre el paciente. Pero en una observación directa se verifica que el profesional se cambia de guantes pero no realiza el lavado. Se observa además que la solución hidroalcohólica está en el pasillo, fuera de la habitación, por lo que el profesional tendría que salir y entrar en cada atención de la misma habitación. La parte documental de este problema está resuelta, ya que hay procedimiento, pero parece a priori que falta concienciación a los profesionales y mejorar la accesibilidad del dispositivo para el lavado de manos.

- Puede ser interesante utilizar para determinadas comprobaciones un **listado de verificación** que permita identificar fácilmente los aspectos a mejorar si los hubiera.
- **Reuniones:** son una de las actividades más realizadas durante una autoevaluación. El equipo de autoevaluadores se reúne para poner en común los hallazgos y aportaciones realizadas. Para estas reuniones es interesante tener en cuenta:
 - Sobre todo para las reuniones de puesta en común del trabajo y control del proyecto, deben estar coordinadas por el responsable interno del proyecto.
 - Determinar un orden del día con el tema o temas principales a tratar y fijar un tiempo de reunión (que posteriormente debe respetarse, claro está).
 - Utilizar algunas técnicas comúnmente aceptadas como más operativas para reuniones de consenso como **brainstorming**, **grupo nominal** o **grupo focal**.
 - Hacer un acta con todas las conclusiones a las que se ha llegado, cuáles son las próximas acciones a realizar e informar a todo el equipo de profesionales (tanto autoevaluadores como resto de profesionales).
- **Actividades de monitorización y control de la calidad:** la monitorización y el control de la calidad del trabajo son dos de las técnicas más frecuentes en el ámbito de la calidad. Por ello, hay algunos estándares cuyo cumplimiento está basado en la realización de estas actividades. Por lo tanto es preciso familiarizarse con ellas.
 - **Monitorización:** es necesario establecer qué aspectos de la calidad se van a priorizar para monitorizar; establecer indicadores en función de los resultados que se pretende conseguir; realizar un plan de monitorización con responsable, calendario, fuente de los datos, técnica a utilizar y análisis de resultados y definir cómo se van a tomar decisiones en función del análisis realizado. Para optimizar el tiempo, es interesante identificar pocos indicadores pero valiosos y fáciles de medir, así como unificar los cortes de monitorización en lo posible (por ejemplo, unificar toda monitorización sobre indicadores basados en datos de historias clínicas).
 - **Control de calidad:** con semejanzas respecto a la anterior actividad, está más orientada a la identificación de deficiencias para corregirlas precozmente. Consiste en realizar autoevaluaciones o autoauditorías sobre un aspecto concreto. Si los defectos alcanzados superan el umbral de tolerancia (que en algunos casos puede ser 0) es necesario tomar medidas correctivas. Estos controles de calidad deben tener un responsable, un calendario de realización y una metodología a seguir. Ejemplos de esta actividad encontramos en los estándares de calidad del Modelo Andaluz como control de correcta cumplimentación del consentimiento informado, control de caducidades, control de seguridad del equipamiento, control de protección de datos, de calidad de las historias, etc.

Estas dos actividades son complementarias, y lo ideal es planificar su coincidencia en la medida de lo posible (por ejemplo, en el control de calidad de las historias

clínicas se pueden hacer coincidir el citado control, la recolección de datos para indicadores de monitorización y el de consentimiento informado).

Estas son las principales actividades a realizar durante la autoevaluación para recolectar información, analizarla y convertirla en evidencias positivas y áreas de mejora. **Especialmente interesante es realizar este ejercicio con la autoevaluación acabada, un “entrenamiento de visita de evaluación externa”.**

Con estos consejos e indicaciones cerramos este apartado sobre la metodología de la autoevaluación. Hemos pretendido sintetizar el aprendizaje obtenido en cerca de una década de actividad certificadora y también en nuestra propia experiencia como organización acreditada por entidades del prestigio de ENAC o ISQUA, proporcionando pistas para realizar la autoevaluación de una manera que permita aprovechar el tiempo y el esfuerzo para obtener resultados más allá de la certificación, resultados de impacto verdadero en la actividad diaria, y que sirvan de aprendizaje y crecimiento de la unidad o centro.

Parte II: Conceptos y aclaraciones para trabajar con los estándares
--

6> El estándar: lectura y comprensión

7> El ejercicio de reflexión
--


8> Algunos conceptos y algunas consideraciones
--

Parte II: Conceptos y aclaraciones para trabajar con los estándares

6> El estándar: lectura y comprensión

El Modelo Andaluz de Certificación de la calidad sanitaria parte de un **patrón de referencia** llamado **estándar**. Estos estándares están definidos por profesionales del Sistema Sanitario, junto con profesionales de la ACSA, y tienen en cuenta no solo estas dos visiones (la más cercana a la práctica y la gestión, y la más cercana a la técnica sobre la calidad), sino también la mejor evidencia científica disponible.

Los estándares son proposiciones sobre diferentes aspectos de la calidad sanitaria. Cada uno de ellos podríamos decir que es una buena práctica respecto a la asistencia sanitaria, desde la gestión de la misma hasta la prestación directa a la persona. Vamos a conocer cómo está definido cada estándar utilizando su presentación en el Manual de Certificación:

Estándar ES 5 01.04_01	La Unidad de Gestión Clínica lleva a cabo el proceso de información continua con la persona o representante legal incorporando el formulario de consentimiento informado escrito ante intervenciones con criterios intrínsecos de riesgo.	1
Propósito: Garantizar que siempre se realiza el proceso de información continua a la persona de forma verbal y solamente, ante intervenciones con criterios intrínsecos de riesgo recogidos en la normativa vigente, se cumplimenta el formulario normalizado de consentimiento informado escrito donde la persona ha otorgado su consentimiento.	2	 3
Elementos evaluables:	<ol style="list-style-type: none">1. Existe una relación de los procedimientos de la Cartera de Servicios Autorizada que precisan de consentimiento informado escrito.2. El consentimiento informado escrito se recaba de acuerdo a las directrices vigentes.3. La Unidad realiza auditorías periódicas del grado de cumplimentación del consentimiento informado así como de su adecuación a las directrices vigentes. En caso de desviaciones detectadas, se determinan las medidas correctivas necesarias.4. Las personas que participan en proyectos de investigación han dado su consentimiento informado.	4

1 **Enunciado del estándar:** determina qué se considera calidad. Hace la propuesta de lo que debería hacer la unidad o centro para dar asistencia sanitaria de calidad. El código que acompaña a cada estándar determina el manual de estándares (ES 5 corresponde al manual de estándares número 5, en nuestro caso el de UGC), el criterio del estándar (01 es un estándar del criterio 1 del manual de UGC) y el orden que ocupa en el criterio junto con la revisión del estándar (.04_01 significa que es el cuarto estándar del criterio 1 del manual de estándares de UGC y que este estándar se ha revisado una vez).

- 2 El **propósito** del estándar ayuda a ubicar el estándar en un contexto y detalla qué es lo que pide y cuál es el objetivo que se consigue cuando se cumple el estándar.
- 3 Este símbolo determina el **nivel de complejidad** del estándar, grupo I obligatorio (como el ejemplo), grupo II, grupo III y grupo IV.
- 4 **Elementos evaluables.** Es un elemento explicativo más del estándar, desgranando los diferentes componentes del mismo. En el ejemplo que nos ocupa, el estándar pide que se garantice que se realiza la información de la persona antes de una actividad sanitaria en función de la misma. ¿Qué elementos tiene el estándar que son susceptibles de ser verificados para ver su cumplimiento? Primero que estén identificados aquellos procedimientos que precisan de consentimiento informado, después controlar que se realiza adecuadamente, y que no se han quedado fuera los pacientes que participan en proyectos de investigación. Pues bien, con esto ya tenemos la lista de comprobación a utilizar en la autoevaluación de este estándar. Vamos a dedicar un apartado entero de esta guía para ayudar a trabajar la autoevaluación con los elementos evaluables.


7> El ejercicio de reflexión

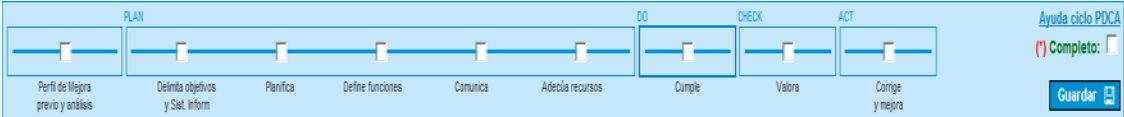
A la hora de realizar la autoevaluación de un estándar es preciso realizar un **proceso de reflexión sobre su cumplimiento**. Esta reflexión no es meramente intelectual, sino basada en **información objetiva** sobre el estándar. Por tanto debe estar basada en hechos objetivos para poder llegar a conclusiones útiles tanto si cumple como, sobre todo, si no cumple.

Por lo tanto, lo primero es **comprender qué pide el estándar**. Para ello, como hemos visto, no existe solo la **definición** del estándar sino también el **propósito** del estándar y sus **elementos evaluables**, además de **ejemplos**, **elementos de calidad** destacada y **preguntas frecuentes**. Cuando estas herramientas no son suficientes, está el **responsable del proyecto** en la ACSA, que como experto en calidad y en el Modelo va a resolver cualquier aspecto que no permita visualizar la orientación del estándar.

El abordaje que se debe hacer con los diferentes estándares es el de considerarlos un **ciclo de mejora**, la actividad más asequible entre los diferentes puntos de partida para la implantación de sistemas de calidad y la que da resultados a más corto plazo. Complementariamente se realizarán actividades de **monitorización**, y en aquellos estándares más avanzados será necesario realizar **diseños de calidad** que contemplen cambios **organizativos o del servicio** que se presta.

Tomaremos como referencia un estándar del Manual de Certificación y vamos a reproducir el flujo de trabajo, sirviéndonos como base del ciclo PDCA:

Estándar ES 5 08.06_01	Está implantado un procedimiento para garantizar las condiciones de conservación y almacenamiento de los productos sanitarios y medicamentos.
Propósito: Garantizar que los productos utilizados se encuentran en el mejor estado para su uso seguro, estableciendo los mecanismos necesarios para el control de los requisitos de conservación y caducidades.	
Elementos evaluables:	<ol style="list-style-type: none">1. La Unidad dispone de un procedimiento de control de conservación y caducidades para los productos sanitarios y la medicación. Dicho procedimiento es difundido a los profesionales.2. La Unidad dispone de registros que le permitan garantizar una trazabilidad de la correcta aplicación del procedimiento de control de conservación y caducidades.3. La Unidad mantiene los puntos de almacenamiento de medicación y productos sanitarios en adecuadas condiciones de temperatura, luz, orden, limpieza, condiciones de acceso y seguridad, según las indicaciones de conservación definidas.

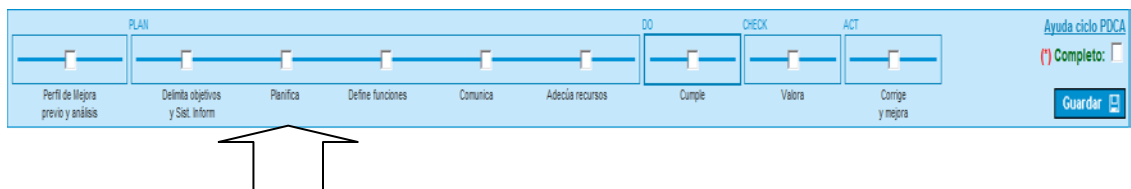


El diagrama muestra el ciclo PDCA con las siguientes etapas:

- PLAN:** Perfil de Mejora previo y análisis, Delimita objetivos y Sist. Inform, Planifica, Define funciones, Comunica, Adcorta recursos.
- DO:** Cumple.
- CHECK:** Valora.
- ACT:** Corrige y mejora.

El ciclo está etiquetado como "Ayuda ciclo PDCA" y "Completo: []". Hay un botón "Guardar" en la parte inferior derecha.

Paso 1: previamente (ver capítulo de planificación) hemos decidido que vamos a trabajar este estándar, ya que supone un aspecto de la calidad básico y, por lo tanto, una oportunidad de mejora constante.



Paso 2: vamos a averiguar qué pide el estándar. En el caso del ejemplo, el enunciado determina que debe estar implantado un procedimiento que garantice el adecuado estado de los productos sanitarios y medicamentos que utilizamos. El objetivo es reflexionar sobre si tenemos una forma efectiva que evite el uso de productos en mal estado.

A la hora de establecer los objetivos de trabajo contamos con los elementos evaluables, analizaremos cada uno de ellos para buscar evidencias de cumplimiento (evidencias positivas) y posibilidades de hacerlo mejor o empezar a hacerlo (áreas de mejora):

1. La Unidad dispone de un procedimiento de control de conservación y caducidades para los productos sanitarios y la medicación. Dicho procedimiento es difundido a los profesionales.

Debemos ver si en nuestra unidad existe un procedimiento que determine cómo se controlan la conservación y las caducidades de los productos sanitarios y medicación.

Procedimiento: Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad de función para la realización de una actividad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación. Todo procedimiento involucra actividades y tareas del personal, determinación de tiempos, de métodos de trabajo y de control para lograr el cabal, oportuno y eficiente desarrollo de las operaciones.

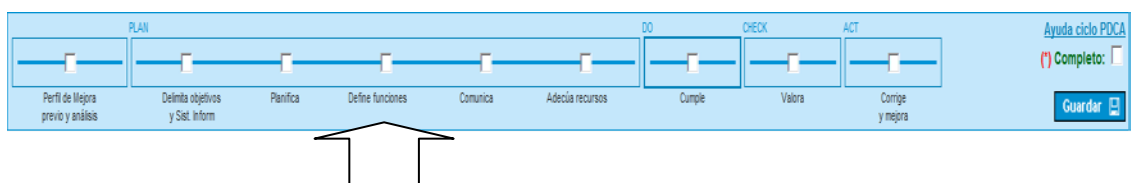
Además debemos averiguar si está difundido a todos los profesionales implicados para su implantación efectiva.

2. La Unidad dispone de registros que le permitan garantizar una trazabilidad de la correcta aplicación del procedimiento de control de conservación y caducidades.

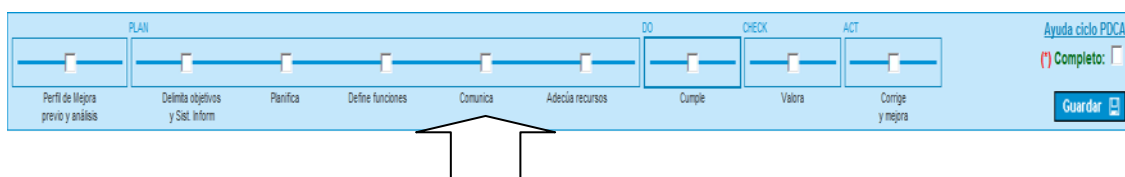
Debemos averiguar si disponemos de un sistema de control de que el procedimiento se lleva a cabo de manera correcta.

3. La Unidad mantiene los puntos de almacenamiento de medicación y productos sanitarios en adecuadas condiciones de temperatura, luz, orden, limpieza, condiciones de acceso y seguridad, según las indicaciones de conservación definidas.

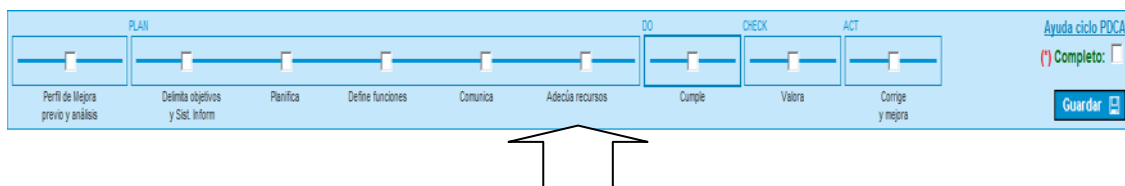
Debemos realizar una comprobación sobre la adecuación de nuestros puntos de almacenaje: número, localización, control.



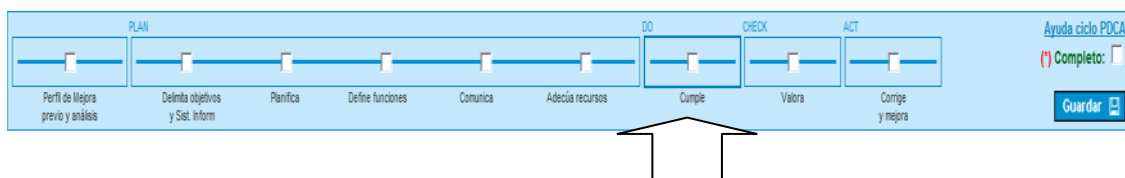
Paso 3: una vez identificados los objetivos de trabajo, vamos a establecer un periodo de tiempo para recoger la información necesaria.



Paso 4: ¿quién va a manejar este tema con más soltura? Previsiblemente el personal de enfermería. Vamos a identificar a un responsable entre este personal (ojo, no quiere decir que es quien debe realizar el trabajo, sino que es el portavoz o interlocutor para controlar su progresión).



Paso 5: se comunica al responsable el trabajo a realizar y este a su vez a los compañeros y compañeras que van a colaborar en la recolección de la información.



Paso 6: los profesionales se ponen en marcha. A continuación, una sugerencia de preguntas de control para cada elemento evaluable de este estándar:

¿Tenemos un procedimiento de control del almacén y caducidades? ¿Siguiendo el procedimiento garantizamos que lo habitual es que utilicemos productos en buen estado? ¿Contempla todos los productos y sus especificaciones: termolábiles, fotosensibles, con condiciones especiales de almacenaje? ¿Determina una única manera de hacer esta tarea? ¿Tiene un inicio de la actividad y un final? ¿Conocen todos los profesionales su nivel de responsabilidad en el almacenaje y control de productos y medicamentos en adecuadas condiciones?

Si la respuesta es afirmativa, tenemos una evidencia positiva.

Evidencia positiva: cualquier hecho objetivo y demostrable que cumple con el estándar.

Redactamos en ME_jora C, por ejemplo: “La Unidad tiene definido un procedimiento de control de las caducidades y condiciones de almacenamiento. Los profesionales conocen sus diferentes responsabilidades, que están contempladas en dicho procedimiento” y adjuntamos el procedimiento como archivo.

Si alguna de las preguntas anteriores tiene una respuesta negativa, es nuestra área de mejora.

Área de mejora: oportunidad para obtener mejores resultados y aumentar la garantía de cumplimiento del estándar. Una vez que se implanta la mejora, se considera evidencia positiva.

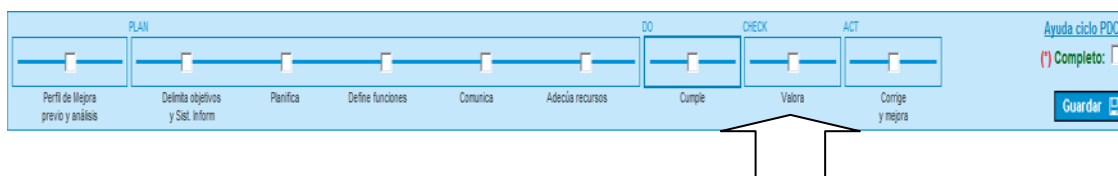
¿Estamos registrando los controles del almacén y de las caducidades? ¿Están al día? ¿Estamos retirando los medicamentos y productos en mal estado o caducados como establece el procedimiento? ¿Se está haciendo el control de temperatura tal como establece el procedimiento? ¿Existen incidencias en la cadena de frío y sabemos si se han resuelto adecuadamente?

En nuestra inspección del almacén y localizaciones de medicamentos: ¿están en adecuadas condiciones de temperatura, luz, humedad y limpieza? ¿Están ordenados? ¿Los productos y medicamentos son localizables fácilmente? ¿Existe posibilidad de confusión como cajetines compartidos por dos o más medicamentos, medicamentos parecidos juntos, etiquetas ilegibles o con tachaduras o poco claras? ¿Hemos revisado todos los puntos donde hay medicamentos: consultas, botiquines de sala, carro de parada, caja de estupefacientes, frigoríficos?

REFLEXIÓN

Habrá estándares que resulten más familiares y otros algo más extraños de inicio; algunos donde el papel o responsabilidad de la unidad o centro sea la garantía de que se hacen las cosas y otros donde la responsabilidad esté más compartida con las estructuras donde se ubica el centro o unidad, pero siempre hay un umbral de responsabilidad de la unidad o centro en todos los estándares como actor final de la asistencia sanitaria a la persona. Un claro ejemplo de esto lo constituyen los estándares de soporte.

La unidad utiliza un equipo electromédico como recurso de apoyo al diagnóstico. Los resultados que proporciona ese equipo se utilizan para la toma de decisiones sobre el paciente. Si el equipo no tiene el mantenimiento adecuado, puede empezar a funcionar mal, si funciona mal puede dar resultados erróneos (cuando no producir un daño directo en el paciente) y si basamos la decisión clínica en un resultado erróneo, ni el mejor protocolo o guía de práctica clínica que usemos va a cambiar que estamos cometiendo un error. ¿Quiere esto decir que la unidad debe hacer el mantenimiento preventivo o contratarlo ella? Por supuesto que no. Pero la unidad debe identificar que en ese equipo no se ha realizado mantenimiento preventivo y ponerlo en conocimiento de los responsables de hacerlo.

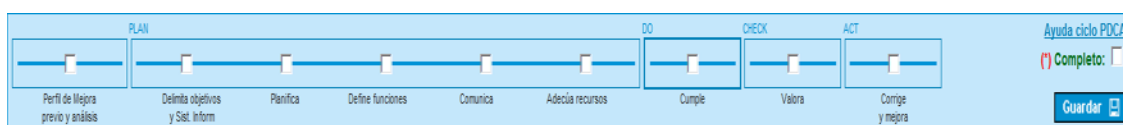


Paso 7: con la información recogida en los pasos anteriores tenemos una serie de evidencias positivas y/o áreas de mejora. Con lo que hacemos actualmente, ¿se cumple con el estándar?

Pista: con lo que hacemos, ¿respondemos a los elementos evaluables?

Si es así, se marca que el estándar cumple (DO). Si aún no consideramos que se cumpla, se marcará cuando se hayan implantado las mejoras necesarias.

Bien, hasta aquí tenemos el **punto de partida** de la unidad respecto al estándar. **Este flujo de trabajo se reproduce con todos los estándares elegidos para trabajar**, logrando así uno de los principales objetivos de la autoevaluación: hacer un diagnóstico de la unidad o centro.



Las dos últimas etapas del ciclo PDCA toman como punto de partida el diagnóstico realizado sobre el estándar, y **determinan que hay que comprobar que el estándar se cumple normalmente y en caso de encontrar desviaciones o nuevas oportunidades de mejora, iniciar nuevos ciclos de mejora**. Esto es así porque los estándares, y por tanto la calidad a la que hacen referencia, no son estáticos, evolucionan. Igual que evolucionan los tratamientos, los medios diagnósticos, las enfermedades o las necesidades y expectativas de los usuarios.

REFLEXIÓN

La tarea de los evaluadores de la ACSA está basada en estas dos etapas del ciclo PDCA: la comprobación y la determinación de las correcciones y áreas de mejora de los estándares. Por tanto no es un examen, no es el fin de todo este proceso (llevamos más de 25 páginas en esta guía y aparece la evaluación ahora), sino una de las herramientas de mejora. Es una actividad de calidad que aunque pueda resultar incómoda o inquietante, es necesaria para dar reconocimiento de la adecuación del trabajo de los profesionales sanitarios a lo que se determina en el Modelo Andaluz de Certificación de la calidad sanitaria.

8> Algunos conceptos de base y algunas consideraciones

En este apartado vamos a intentar **aclarar** algunas dudas que consideramos pueden suponer una dificultad, un freno e incluso un rechazo al concepto de calidad y de certificación, y por tanto es un riesgo de alteración de todo el proceso. Estas cuestiones están recogidas de profesionales sanitarios que han vivido la experiencia de la certificación, y que las han expresado en grupos focales, cuestionarios, proyectos de investigación o nos las cuentan directamente. Proponemos pautas para su abordaje o consejos para buscar su solución. Podemos descubrir que la solución es más simple de lo que parece.

¿Es necesario documentarlo todo?

Es una de las cuestiones más repetidas en los procesos de certificación. ¿Todo tiene que estar en un papel: protocolos, actas, manuales, etc.? Pongamos el ejemplo más clásico: tenemos un profesional en nuestra unidad que acumula una gran experiencia en el control de las caducidades, prácticamente se conoce de memoria los botiquines y siempre realiza esta tarea de la misma manera. Pero, ¿qué pasa si este profesional deja de estar en la unidad? ¿Asumimos que ahora vamos a utilizar medicamentos en mal estado o buscamos a otra persona que haga lo mismo para seguir utilizando medicamentos en correcto estado? Haremos a buen seguro lo segundo, y posiblemente necesitemos enseñar a esa persona nueva cómo lo hacía el anterior responsable. Si existe un procedimiento, que el responsable anterior y experimentado quizá no lo ha tenido que consultar, el proceso de transmisión de la información es más fácil y controlable y el nuevo responsable va a acceder a la correcta manera de hacer las cosas de manera inmediata. La experiencia para hacer su labor cada vez mejor la adquirirá con el tiempo, pero el impacto inmediato en la unidad es previsible que sea menor.

Por lo tanto documentar un procedimiento nos permite **reproducir la tarea en cualquier circunstancia y analizar cómo se hace para identificar si se puede hacer mejor** (introduciendo alguna herramienta nueva, simplificando alguna tarea, etc.).

En el caso de estar en un proceso de certificación tenemos un marco de referencia. Este marco de referencia identifica aquellas actividades que son susceptibles de ser procedimentadas y además se cuenta con un listado de documentos asociados a estándares donde se listan los procedimientos que se van a evaluar (se verá en el apartado “Preparando la visita de evaluación externa”).

¿Es necesario medirlo todo?

La organización sanitaria está orientada a la **obtención de resultados**: resultados en salud, resultados en satisfacción, resultados en uso de recursos, resultados en resolución, etc. Existe una sensación de que la exigencia de medir llega a ser casi asfixiante. Pero no deja de ser cierto que lo que no se mide no se puede mejorar.

Obviamente, los centros y unidades tienen unos objetivos que cumplir (en la sanidad pública, los contratos programa y los acuerdos de gestión; en el ámbito privado, los objetivos corporativos; etc.).

¿Debemos monitorizar algo más que lo que exigen los acuerdos u objetivos? La respuesta a esta pregunta la debe contestar la propia unidad o centro a través de la respuesta a otra cuestión: ¿necesitamos monitorizar algo más además de los objetivos?

Teniendo en cuenta nuestro marco de referencia, el Manual de Certificación, existen estándares que necesitan **datos** de monitorización para su cumplimiento. A medida que aumenta el nivel de complejidad de los estándares, surge la necesidad de establecer nuevos indicadores y mediciones.

Las mediciones asociadas a **estándares obligatorios** buscan que la unidad conozca a qué nivel se están garantizando derechos básicos de los pacientes. Así, es necesario evaluar si se está realizando el proceso de **consentimiento informado** correctamente, si la cumplimentación de las **historias** responde a criterios de calidad que permitan su normal uso como base para la toma de decisiones, si la **satisfacción** de los usuarios es la esperada, si las **quejas y reclamaciones** están indicando una clara necesidad de mejora. Y, por supuesto, si se está cumpliendo con los **compromisos adquiridos** (acuerdos de gestión, contrato programa, etc.). Cada resultado que no se alcanza requiere analizar las causas y determinar qué se debe hacer para intentar corregir la desviación.

El lenguaje utilizado me resulta confuso o desconocido

Es cierto que existe en todos los ámbitos profesionales una jerga técnica que en algunos casos puede parecer casi inaccesible. En el ámbito de la calidad también ocurre esto, ciertamente. Los estándares pueden exigir manejar conceptos sobre metodologías, documentos o actividades que no son familiares para el profesional.

¿Qué hacer en estos casos? Pues en primer lugar **consultar**. Consultar con el responsable del proyecto, a quien esa jerga técnica sí le es familiar, pero además conoce la propia del profesional sanitario, porque los evaluadores de la Agencia de Calidad Sanitaria son sanitarios que en el momento actual desarrollan otra labor. Hay que consultar cualquier término del estándar o elemento evaluable que resulte extraño, no para averiguar cómo cumplirlo (volvemos a repetirlo, no tiene ningún sentido, el evaluador no está en la unidad o centro trabajando y su experiencia le hace saber cómo se ha trabajado el estándar en diferentes sitios y en diferentes circunstancias que no son las mismas), sino para dedicar el tiempo a lo que realmente es útil, a identificar evidencias positivas y a implantar mejoras.

Además hay que tener en cuenta que ya va siendo cada vez más usual contar con **estructuras de calidad** en los distritos sanitarios y hospitales, con profesionales que pueden dar un soporte al trabajo de autoevaluación que facilite la tarea.

Por último, es preciso recordar que el propio Manual de Certificación tiene un **glosario** al final que seguro puede aclarar bastantes dudas sobre los términos utilizados en los estándares.

El proceso es muy exigente y duro

El proceso de autoevaluación en sí mismo hemos visto que es muy sistemático y repetitivo, y los autoevaluadores se mueven en un entorno muy conocido: en su centro de trabajo. Es una tarea añadida a las cotidianas de la asistencia sanitaria, pero hemos visto que este impacto puede disminuirse con una buena planificación inicial del proyecto y hay que considerarla como una inversión de esfuerzo que debe dar resultados para la propia unidad o centro.

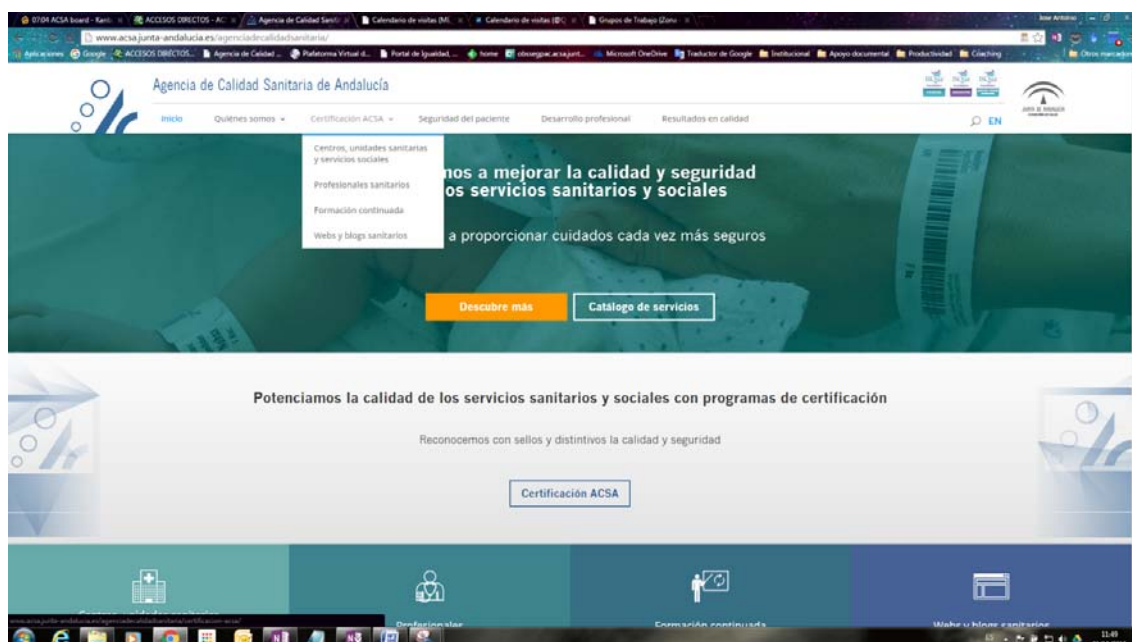
Hay que hacer simple el proceso, identificando claramente qué se quiere conseguir y cómo se va a conseguir, apurando todos los recursos de apoyo disponibles.

¿Cómo encontrar los elementos de ayuda que me da la ACSA?

Al acceder a la web de ACSA, encontramos de una manera muy visual la oferta total de servicios ACSA, tanto de certificación como otros.



En la barra superior, si tenemos claro que queremos ayuda para nuestro proceso de certificación de centro o unidad, desplegamos **Certificación ACSA** y seleccionamos la primera opción **Centros, unidades sanitarias y servicios sociales**.



Aquí tenemos toda la información y recursos necesarios para ayudarnos en nuestro proceso, incluida esta guía.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Inicio Quiénes somos Certificación ACSA Seguridad del paciente Resultados en Calidad

Certificación ACSA - Centros, unidades sanitarias y servicios sociales

Certificación de centros, unidades sanitarias y servicios sociales

Nuestros expertos evalúan la calidad de los centros que prestan atención sanitaria o servicios de carácter social.

Para ello, ACSA pone a disposición 18 programas de certificación destinados a entidades de distintos ámbitos y diferentes niveles de atención, garantizando el rigor metodológico, la independencia técnica, la imparcialidad y la confidencialidad de la información.

Desde sus comienzos en 2003, la Agencia de Calidad Sanitaria ha certificado más de mil centros y unidades, extendiendo su modelo a otros países europeos, como es el caso de Portugal, donde actualmente la ACSA tiene activos cerca de 150 proyectos de certificación.

La certificación de un centro o unidad es el resultado de un proceso que incluye una autoevaluación y una evaluación externa, en la que evaluadores cualificados garantizan que los servicios prestados por la entidad se ajustan a los estándares fijados en el manual de referencia.

¿Qué certificamos?

Centros y unidades sanitarias

Servicios sociales

Cómo certificar

El proceso es dinámico y continuo y se desarrolla a lo largo de 4 fases que se suceden en el tiempo.

Fase 1: Inicio del proceso

Tras realizar la solicitud, se designa un responsable del proyecto en ACSA y un responsable interno en la entidad para facilitar el desarrollo del proceso y la comunicación entre ambas partes.

Fase 2: Autoevaluación

Los profesionales de la organización llevan a cabo un ejercicio de reflexión, identificando lo que se está haciendo bien (evidencias positivas) y detectando áreas de mejora.

Accede a tu proyecto en ME Jora C

En tres niveles programados: Análisis, Gestión y Evolución, esta fase busca asegurar el cumplimiento de los estándares en el tiempo y con ello, un nivel de calidad. Durante la vigencia de la certificación, se realiza una visita de seguimiento.

Condiciones generales

Para conocer las reglas para la concesión, mantenimiento y renovación de la certificación de servicios puedes consultar el Documento general de Certificación de Centros, unidades Sanitarias y Servicios Sociales.


Cómo se elaboran los manuales

Conoce el proceso de elaboración y revisión de los manuales de estándares de centros y unidades sanitarias y servicios sociales.

ACSA inicio Quiénes somos Certificación ACSA Seguridad del paciente Resultados en calidad grado de certificación obtenido.

Condiciones generales


Para conocer las reglas para la concesión, mantenimiento y renovación de la certificación de servicios puedes consultar el **Documento general de Certificación de Centros, Unidades Sanitarias y Servicios Sociales**.



[Descargar documento](#)


Cómo se elaboran los manuales

Conoce el proceso de elaboración y revisión de los manuales de estándares de centros y unidades sanitarias y servicios sociales.



[Descargar documento](#)


¿Quieres certificar?



[¡Empieza ya!](#)


[Tarifas de certificación](#)

Recursos para la certificación




Guía de apoyo a la autoevaluación
Documento que proporciona al servicio herramientas de trabajo, consejos, orientaciones y claves para poder realizar un adecuado diagnóstico interno de situación y establecer un punto de partida para iniciar su trabajo en relación a la certificación.

[Descargar documento](#)



Guía de uso de la aplicación informática ME_jora C
Documento de apoyo para explicar las utilidades y funcionalidades de la aplicación que da soporte al proceso de certificación.

[Descargar documento](#)



Recomendaciones para la certificación
La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía pone a su disposición recomendaciones con las que dar soporte a los distintos procesos de certificación.

[Ver recomendaciones](#)

Resultados de certificación

Consulta los resultados de los procesos de certificación de centros y unidades sanitarias y servicios sociales

[Resultados](#)

[Buscador de entidades certificadas y en proceso de renovación](#)

DA

05 01

Guía para la Autoevaluación

