

DA

CU 01

Documento de apoyo

Guía para la autoevaluación



## Guía para la autoevaluación

**DA CU 01**

Documento de apoyo

**Rev. 3**

Noviembre de 2023



---

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

**Noviembre de 2023**

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

<b>Parte I: Gestión del proceso de certificación</b> .....	<b>6</b>
<b>1&gt; ¿Qué es la autoevaluación y para qué sirve?</b> .....	<b>6</b>
¿Para qué sirve?.....	6
<b>2&gt; Planificación de la autoevaluación</b> .....	<b>7</b>
Pautas para planificar el proyecto.....	8
<b>3&gt; Herramientas de ayuda para la autoevaluación</b> .....	<b>9</b>
ME_jora C.....	9
Documento general de certificación (DGC).....	10
<b>4&gt; El equipo de autoevaluadores</b> .....	<b>11</b>
<b>5&gt; El desarrollo de la autoevaluación</b> .....	<b>13</b>
Los tiempos de la autoevaluación.....	13
Técnicas a utilizar.....	14
<b>Parte II: Conceptos y aclaraciones para trabajar con los estándares</b> .....	<b>17</b>
<b>6&gt; El estándar: lectura y comprensión</b> .....	<b>17</b>
<b>7&gt;El ejercicio de reflexión</b> .....	<b>18</b>
<b>8&gt; Algunos conceptos de base y algunas consideraciones</b> .....	<b>19</b>
¿Es necesario documentarlo todo?.....	19
¿Es necesario medirlo todo?.....	19
El lenguaje utilizado me resulta confuso o desconocido.....	20
El proceso es muy exigente y duro.....	20
<b>Anexo I&gt; Flujograma planificación</b> .....	<b>21</b>
<b>Anexo II&gt; Puntos clave del trabajo en la autoevaluación</b> .....	<b>22</b>

<b>Parte I: Gestión del proceso de certificación</b>
--

<b>1&gt; ¿Qué es la autoevaluación y para qué sirve?</b>
--

<b>2&gt; Planificación de la autoevaluación</b>
---

<b>3&gt; Herramientas de ayuda para la autoevaluación</b>
---

<b>4&gt; El equipo de autoevaluadores</b>
---

<b>5&gt; El desarrollo de la autoevaluación</b>
---

## Parte I: Gestión del proceso de certificación

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

El modelo de certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) aspira a contribuir a que se preste una atención sanitaria segura y de alta calidad, mediante el establecimiento de unos estándares basados en la evidencia y en las mejores prácticas.

Mediante la **autoevaluación**, teniendo estos estándares como marco de referencia, los centros y unidades pueden reflexionar sobre lo que hacen actualmente e identificar qué necesitan para mejorar la calidad de sus servicios, la seguridad del paciente y su eficiencia.

#### REFLEXIÓN

Qué no debe ser una autoevaluación:

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

### ¿Para qué sirve?

La autoevaluación sistematiza la 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 sea **protagonista de su mejora**.

El 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, se describen 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. Tras analizar los estándares, ¿cuáles vamos a abordar?
  - 1.4. En base a las respuestas de las anteriores cuestiones, ¿a qué nivel optaremos?
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?

En el **Anexo I** se muestra, de manera esquemática los pasos principales en la planificación de un proyecto de certificación.

El **Anexo II**, resume los puntos clave a tener en cuenta cuando se planifica la autoevaluación.

## 3> Herramientas de ayuda para la autoevaluación

La ACSA pone a disposición de centros y unidades sanitarias una serie de recursos para facilitar la autoevaluación:

### 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 profesional 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 el responsable del proyecto en ACSA 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**
    - Orientada a resolver dudas sobre el entendimiento o comprensión del estándar que puedan impedir una adecuada respuesta al mismo. Aclaración: el responsable del proyecto en ACSA no podrá revisar lo aportado y valorar si un estándar está bien trabajado o no, así como indicar lo que hay que describir. Sólo una vez finalizada la autoevaluación serán los evaluadores quienes revisen toda la información.
    - Consultas entre autoevaluadores.
- **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. Es clave, en la autoevaluación, dar respuesta a cada uno de ellos.

- **Referencias y recursos.** 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.
  - Ejemplos: los ejemplos buscan clarificar el significado del estándar aportando información sobre normativa relacionada, información institucional o de evidencia científica relacionada.
  - Recursos de apoyo: son herramientas de ayuda elaboradas por profesionales de la ACSA para determinados estándares, después de analizar los motivos de incumplimiento más frecuentes en estándares tras la evaluación externa.

## **Documento general de certificación (DGC)**

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 de la planificación, es necesario saber que en este documento se describe todo el proceso de certificación: plazos, actividades, resultados, mecanismos puestos en marcha, etc.

## 4> El equipo de autoevaluadores

### Responsable interno

**El Responsable interno del proyecto:** Es un rol que puede asignar el/la directora/a de la unidad a un profesional concreto para colaborar con él/ella en la planificación y seguimiento de la autoevaluación. Este profesional será, junto con el/la director/a, referente del proyecto y tendrá acceso al mantenimiento de autoevaluadores, a leer y escribir en la zona de trabajo de ME\_jora C en todos los estándares, 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.).

### 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.

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.

Al organizar un equipo de autoevaluadores, es importante considerar ciertas características básicas para hacer una buena selección. Estas incluyen la **implicación**, la **disponibilidad** y la **capacidad de organización y síntesis**. El equipo debe estar compuesto por profesionales altamente implicados en la mejora continua de la calidad, con disponibilidad realista y capaces de organizar su tiempo y trabajo de manera efectiva para lograr resultados concretos y operativos. El objetivo de la autoevaluación no es escribir todo lo que se hace, sino identificar evidencias claras y áreas de mejora enfocadas en el aprendizaje para la unidad o centro.

La aplicación ME\_jora C permite asignar diferentes niveles de permiso a los autoevaluadores, según su nivel de responsabilidad:

- **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).

## 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

### 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 profesional de ACSA responsable de su proceso le informará de este **plazo máximo**, y del **plazo real** de autoevaluación, que termina **15 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. 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 no obligatorios**. Los estándares de grupo I 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.

Una vez que se hayan consolidado los estándares de grupo I, podrían abordarse de manera gradual los estándares de los siguientes niveles. Los estándares del grupo II incluyen elementos asociados a un mayor desarrollo de la organización (sistemas de información, nuevas tecnologías y rediseño de espacios organizativos). Los de grupo III son estándares que demuestran que la unidad genera innovación y desarrollo para la sociedad en general.

#### 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 esta guía no se pretende 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 “*Agenda 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 ver la documentación ordenada por estándar, por ejemplo, mediante el listado de evidencias.
- **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.

### EJEMPLO

*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.
  - **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 de Certificación 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”.**

<b>Parte II: Conceptos y aclaraciones para trabajar con los estándares</b>
--

<b>6&gt; El estándar: lectura y comprensión</b>
---

<b>7&gt; El ejercicio de reflexión</b>
--

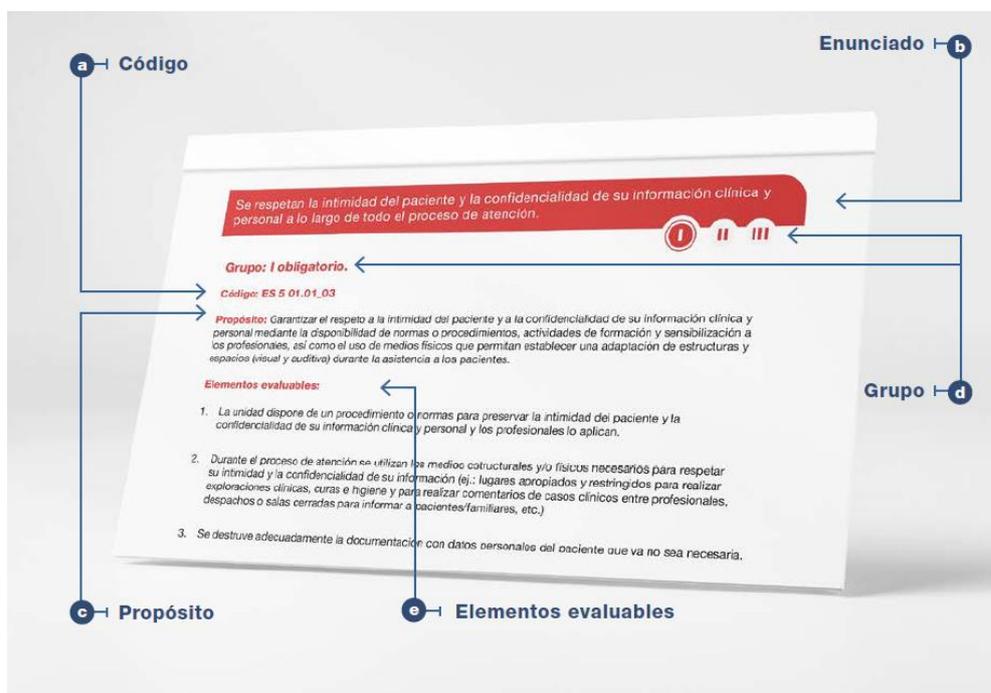
<b>8&gt; Algunos conceptos y algunas consideraciones</b>
--

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

### 6> El estándar: lectura y comprensión

Un estándar es un elemento de medida con el que se evalúa la calidad de la unidad. Los estándares de ACSA son dicotómicos (se cumplen o no se cumplen) debiéndose cumplir todos los elementos evaluables que lo conforman para que el estándar se cumpla.

Cada estándar del manual se compone de una serie de elementos: código, enunciado, propósito, grupo y elementos evaluables. Estos elementos se señalan en la siguiente figura y se describen a continuación.



- Código:** los números que lo constituyen indican, de izquierda a derecha, el manual de estándares al que pertenece, el criterio del manual en el que se encuentra, el número de orden que el estándar ocupa dentro del criterio y el número de revisiones que se le ha realizado.
- Enunciado:** marca el camino o meta que la unidad o centro debe alcanzar.
- Propósito:** se corresponde con la intención del estándar y amplía la información para contextualizarlo.
- Grupo:** señala, mediante iconos, el **nivel de complejidad del estándar** según esta clasificación: grupo I (algunos de carácter obligatorio, en cuyo caso aparece rodeado por un círculo), grupo II o grupo III.
- Elementos evaluables:** pretenden clarificar el estándar y su enumeración facilita al centro o unidad el trabajo secuencial con el estándar. Estos elementos evaluables son requisitos necesarios para cumplir de forma absoluta con el estándar. Algunos elementos evaluables se pueden evidenciar mediante documentos como: memorias, registros, actas, informes, protocolos, etc.

## 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, para poder llegar a conclusiones útiles tanto si cumple como, sobre todo, si no cumple. Si un estándar no cumple, deberá tomarse en consideración si su cumplimiento es necesario para el nivel de certificación que se pretende alcanzar y planificar las acciones de mejora en consecuencia.

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.

## 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 recogen los procedimientos que se van a evaluar.

### ¿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. 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.

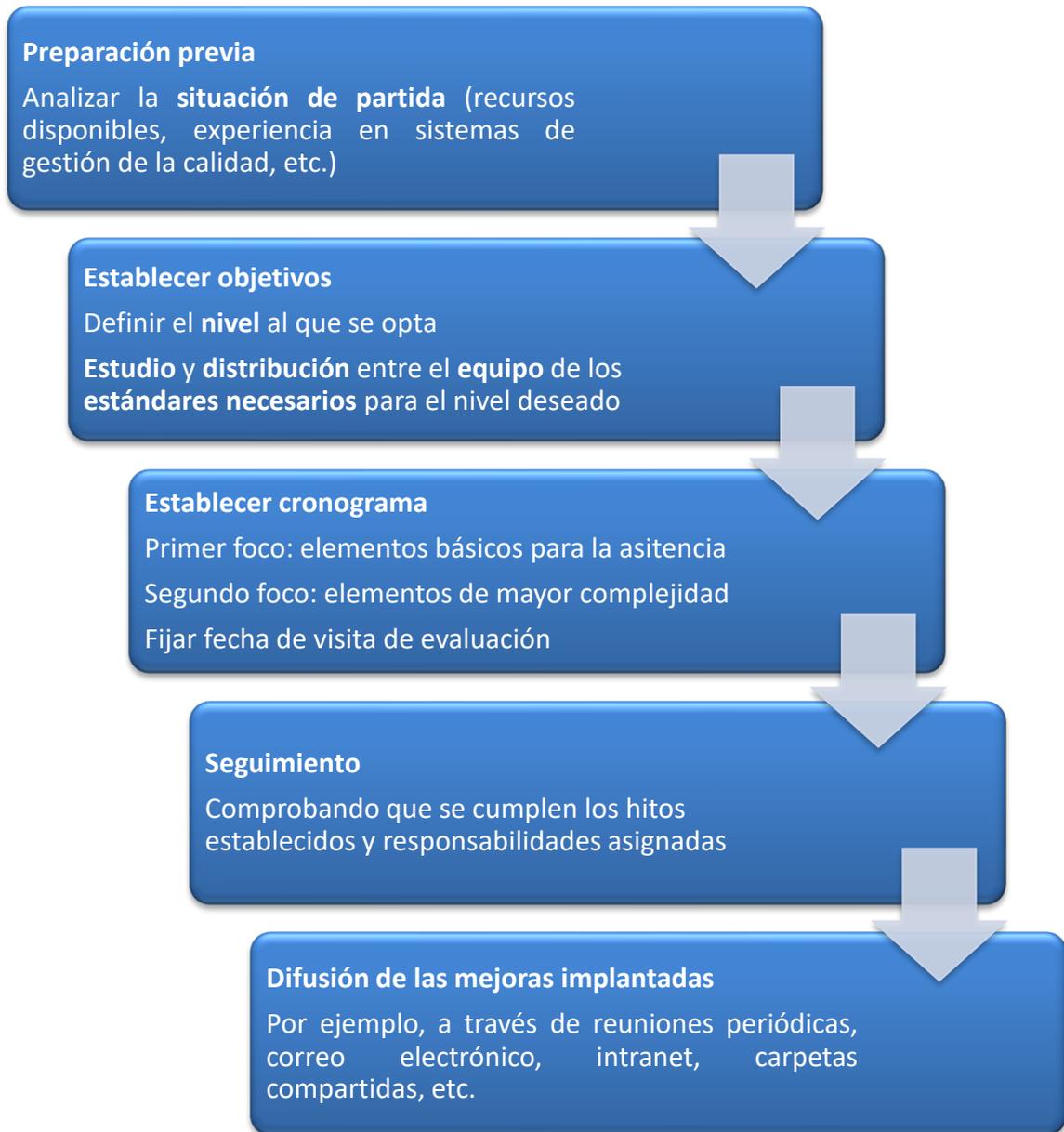
Por último, es preciso recordar que el propio Manual de Certificación tiene un **glosario** al final que seguro puede aclarar bastantes dudas sobre los términos utilizados en los estándares.

## 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.

## Anexo I > Flujograma planificación



## Anexo II> Puntos clave del trabajo en la autoevaluación

### 1. IDENTIFICACIÓN DE PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA AUTOEVALUACIÓN

- a. Creación de equipo de trabajo
- b. Identificación del responsable interno del proyecto
- c. Identificación interlocutores en la institución (responsable de calidad, soporte, etc.)

### 2. INFORMACIÓN DE APOYO

Además de los documentos que deben estudiarse antes de iniciar el proceso (Manual, DGC), deben conocerse:

- a. Guía de autoevaluación
- b. Guía de uso de la aplicación ME\_jora C
- c. Recomendaciones ACSA
- d. Recursos de apoyo
- e. Agenda (anexos con documentación)
- f. Responsable en ACSA (disponible por teléfono o Z.C. para resolver dudas)

### 3. TRABAJO CON EL ESTÁNDAR

Para comprender qué pide el estándar, es necesario haber leído su definición y propósito. Se puede comprobar de manera objetiva que se cumple un estándar si:

- a. Se cumple cada elemento evaluable
- b. Están disponibles los documentos solicitados

En el trabajo con el estándar es importante:

- a. Creación de grupos de trabajo por estándares
- b. Calendarización de hitos
- c. Análisis de desviaciones

### 4. DIFUSIÓN Y FLUJOS DE COMUNICACIÓN

Es fundamental que los profesionales de la entidad conozcan las mejoras implantadas durante la fase de autoevaluación. Además, los flujos de comunicación con los referentes de la institución deben quedar claramente establecidos.

## 5. RONDAS DE SIMULACIÓN

Es recomendable realizar rondas de simulación para verificar el cumplimiento de los estándares trabajados, e implantar mejoras cuando sea necesario:

- a. Revisión Documental ¿están disponibles los documentos solicitados en la agenda?
- b. Entrevista ¿conocen los profesionales las acciones implantadas?
- c. Observación directa ¿se están aplicando los protocolos/procedimientos correctamente?

