



Esquema de Evaluación de la Guía de Estándares de la Calidad Asistencial

Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias

Versión 6



Promueve y edita: Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
Aprobado en su primera versión el 13 de julio de 2018 por el Consejo de Administración del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
© Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
Depósito Legal: AS 00264-2025
ISBN: 978-84-09-69166-1

Equipo redactor:

Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA):

- Paula Alonso González. Técnico de Calidad UEC-SESPA.
- Miguel Mancheño Antón. Técnico SSCC SESPA.
- M^a Josefa Campos Ruiz. Técnico de Calidad UEC-SESPA.
- Valentín Javier Rodríguez Martínez. Jefe de la UEC-SESPA.

Control de Versiones

Versión	Fecha	Cambio relevante
1	13 julio 2018	Versión inicial
2	6 de octubre 2020	Modificación en la vigencia del certificado y nueva versión de la gestión de PAC y PAM (ver PG 7.7 v5)
3	1 de junio de 2021	Modificación en la vigencia de los certificados condicionada por la pandemia covid-19 e introducción de la Evaluación de seguimiento GECA anual.
4	19 de abril de 2023	Introducción de anexo “Correlación de estándares y ubicaciones”
5	15 de febrero de 2024	Modificación de la vigencia de los certificados condicionada a la evaluación de seguimiento.
6	14 de enero de 2025	Eliminación de la puntuación y del informe de puntuación; adaptación a GECA v2; reunión de <i>feedback</i> a solicitud del equipo directivo.

ADVERTENCIA: puede existir una versión más actualizada de este documento. Para consultar la versión vigente contactar con la Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA.

Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA)
Plaza del Carbayón 1 y 2
33001 Oviedo
Teléfono: 985108590
Correo electrónico: ucsespa.sccc@sespa.es
Página web: <http://uc.sespa.es/>

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	7
LA UNIDAD DE EVALUACIÓN	7
LA GUÍA DE ESTÁNDARES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL	7
ESTRUCTURA DE LA GECA	8
Dominios.....	8
Circuitos de calidad	8
Estándares	8
LA EVALUACIÓN	8
El plan de auditoría.....	8
Requisitos previos a la auditoría.....	9
EL PLAN DE VISITA	9
Alcance	9
Objetivo	9
ESTRUCTURA DE LA EVALUACIÓN.....	9
Evidencias: la auditoría	10
Experiencias: la entrevista de pacientes y familiares	11
LOS EQUIPOS AUDITORES	12
COMPROMISOS DE LA UEC-SESPA	12
COMPROMISOS DE LOS CENTROS AUDITADOS	13
EVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD.....	13
Estándares básicos o esenciales	13
La evaluación de los estándares en los distintos servicios.....	14
Carácter muestral de la auditoría	14
EL INFORME DE EVALUACIÓN	14
Alegaciones al informe de evaluación	14
EL PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS (PAC)	15
Validez de los certificados.....	15

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como finalidad establecer los principios sobre los que se sustentan las evaluaciones a realizar utilizando la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial en su segunda versión (GECA v2) en el ámbito de la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias.

Persigue ser un documento de utilidad, tanto para los centros hospitalarios que vayan a evaluarse con la GECA, como para los equipos auditores de la Unidad de Evaluación.

A través del mismo se detalla la sistemática a seguir, desde la Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA), para realizar las evaluaciones, cuáles son los elementos de medida, y de qué forma se evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad.

Además, en este documento, se facilita una visión general de la estructura de la Guía (GECA) con su agrupación por dominios, circuitos y estándares (esta visión se puede ampliar consultando la propia guía).

LA UNIDAD DE EVALUACIÓN

La Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA) es el órgano administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias con competencia para realizar las evaluaciones de calidad de los dispositivos asistenciales. La UEC-SESPA depende directamente de la Dirección Gerencia del SESPA y actúa con independencia funcional.

Para realizar su cometido, la UEC-SESPA gestiona un panel de más de cien auditores procedentes de la propia Organización cuya relación se publica anualmente en el BOPA; estos profesionales tienen perfiles muy variados y experiencia contrastada en la realización de auditorías de calidad de la materia en la que son expertos. La propia Unidad los capacita inicialmente, diseña y desarrolla su formación continuada y evalúa periódicamente su desempeño.

La UEC-SESPA está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) para los dos alcances que evalúa (desde el año 2016 en el caso de la Gestión Clínica y desde 2021 en el de la Red Hospitalaria Pública), manteniéndose dicha acreditación en la actualidad.

LA GUÍA DE ESTÁNDARES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

La Guía de Estándares de la Calidad Asistencial (GECA) surge a partir de la necesidad de contar con una herramienta para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria de los centros hospitalarios que participan de la red pública.

Tras la experiencia adquirida entre los años 2018 y 2024 al haber evaluado con el modelo GECA los trece hospitales que conforman la Red Hospitalaria Pública, se detectó la necesidad de elaborar una segunda versión de la guía y actualizar los estándares de calidad a las necesidades actuales de la Red Hospitalaria Pública.

Esta nueva versión elimina algunos estándares de la primera y actualiza otros, pero su principal modificación es la inclusión de nuevos agrupadores (bloque quirúrgico, Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales...) y la ampliación de otros (laboratorios, accesibilidad, gestión de residuos, seguridad vial...).

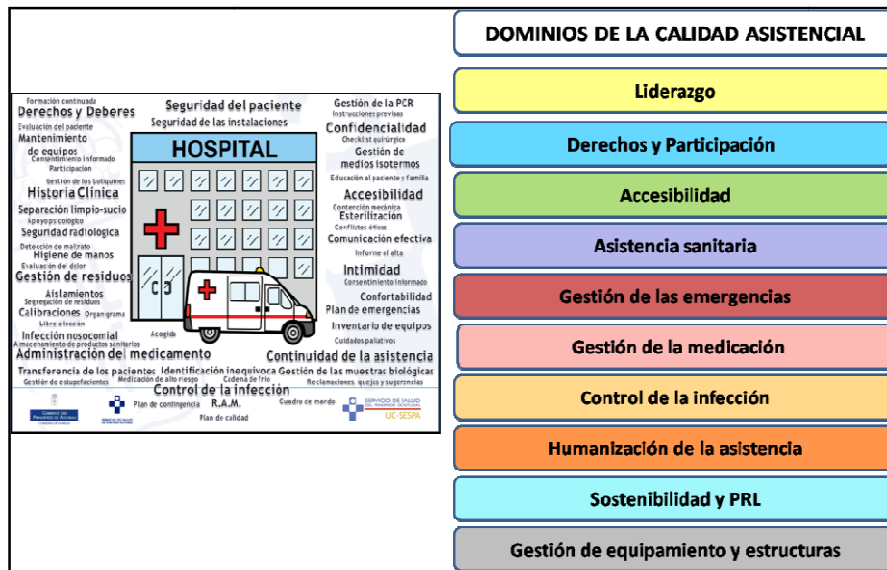
Además, se añade como novedad al final de cada dominio el agrupador “Evaluación de seguimiento”, que incluye un estándar que describe las acciones de mejora que incorpore

el centro en relación con dicho dominio a partir tanto de los informes obtenidos tras la evaluación GECA como de cualquier otra fuente.

ESTRUCTURA DE LA GECA

Dominios

En la versión 2 de la guía se ha optado por mantener la agrupación inicial en 10 grandes áreas, denominados “**dominios**”, que reúnen elementos comunes de calidad:



Circuitos de calidad

Dentro de cada dominio, los diferentes elementos que lo componen, se organizan en “circuitos”. Cada circuito engloba elementos referidos a un determinado aspecto de la atención sanitaria. Por ejemplo, el circuito “acogida” contiene los elementos relacionados con la integración del paciente en el centro sanitario. Los circuitos se organizan en ocasiones en agrupadores para facilitar la visión general del dominio.

Estándares

Los estándares de calidad asistencial son los elementos de medida que se utilizan en la evaluación. Cada uno de los estándares define una práctica deseable que avala la calidad de la asistencia prestada.

Cada circuito contiene, al menos, un estándar cuyo nivel de cumplimiento describirá cómo aborda el centro hospitalario ese aspecto de la actividad sanitaria.

La totalidad de los estándares de calidad vienen detallados, junto con sus elementos de medida, en la Guía de Estándares de Calidad Asistencial (GECA v2), que se puede consultar en la página web de la Unidad.

LA EVALUACIÓN

El plan de auditoría

Las visitas de evaluación siempre van precedidas por un plan de auditoría que la Unidad de Evaluación elabora y pone en conocimiento de las partes implicadas. El plan describe los detalles y las actividades que se van a realizar y recuerda los compromisos necesarios, por ambas partes, para llevar a cabo la visita de evaluación.

Requisitos previos a la auditoría

La Unidad de Evaluación ha de contar, antes del inicio de la evaluación, con la documentación que soporta la actividad del centro a evaluar. Esta documentación será solicitada por la Unidad y deberá facilitarse con al menos un mes de antelación al desarrollo de la auditoría.

Con carácter previo a la auditoría, el equipo directivo del centro ha de cumplimentar y enviar a la UEC-SESPA una autoevaluación de los estándares de calidad de la Guía. Esta autoevaluación permitirá conocer qué estándares de calidad son de aplicación para ese hospital, cuáles están abordados por el centro y cuál es su visión en relación con el cumplimiento de los mismos.

EL PLAN DE VISITA

Alcance

El alcance se definirá de forma específica, para cada ocasión, en el propio plan de visita pero, de forma general, abarcará a toda la actividad que se desarrolle dentro del centro hospitalario.

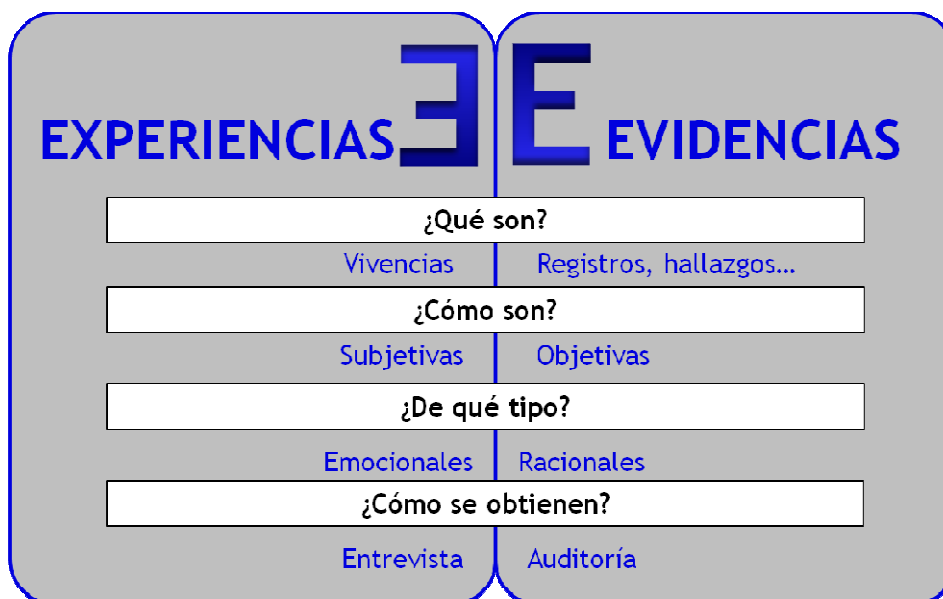
Objetivo

El objetivo de la evaluación es valorar el nivel de calidad del centro sanitario en base a los estándares de calidad descritos en la GECA y ofrecer un informe de evaluación que facilite la mejora continua de la calidad asistencial.

ESTRUCTURA DE LA EVALUACIÓN

El proceso de evaluación se nutre de dos fuentes de información o entradas, que utilizando metodologías distintas aportan datos que enriquecen el proceso:

- E- Evidencias:** hallazgos objetivos detectados a través de la auditoría, registros contrastados y verificables.
- E-Experiencias:** vivencias subjetivas puestas de manifiesto a través de las entrevistas a pacientes, familiares y profesionales. Son percepciones individuales sobre la atención sanitaria.



E Evidencias: la auditoría

Se programarán tantas jornadas de auditoría como sean necesarias para la evaluación de los estándares, valorando el calendario con la dirección del centro para distorsionar lo menos posible la actividad sanitaria.

En la primera jornada de evaluación predominará el **carácter documental**, los interlocutores serán los integrantes del equipo directivo del centro a auditar y cuantos profesionales con responsabilidad sobre los circuitos evaluados se precisen.

En esta jornada se valorará la autoevaluación, las funciones directivas, el liderazgo, su documentación general y los procesos principales de su actividad.

En el resto de las jornadas, la auditoría se realizará en los lugares en los que se presta la atención sanitaria: consultas, plantas de hospitalización, laboratorios, mantenimiento, radiología, quirófanos, esterilización, UCI, etc., recorriendo las instalaciones y entrevistando a profesionales y pacientes.

En secciones claves como la unidad de calidad, medicina preventiva, servicio de atención al usuario, admisiones, docencia, etc. se realizarán entrevistas con sus responsables, valorando las evidencias en registros y documentos sobre el nivel de cumplimiento de los estándares correspondientes.

La auditoría se llevará a cabo siguiendo **dos metodologías**:

- De forma **“horizontal”**, auditando un estándar en las distintas ubicaciones: plantas de hospitalización, consultas externas, farmacia, laboratorio, etc.

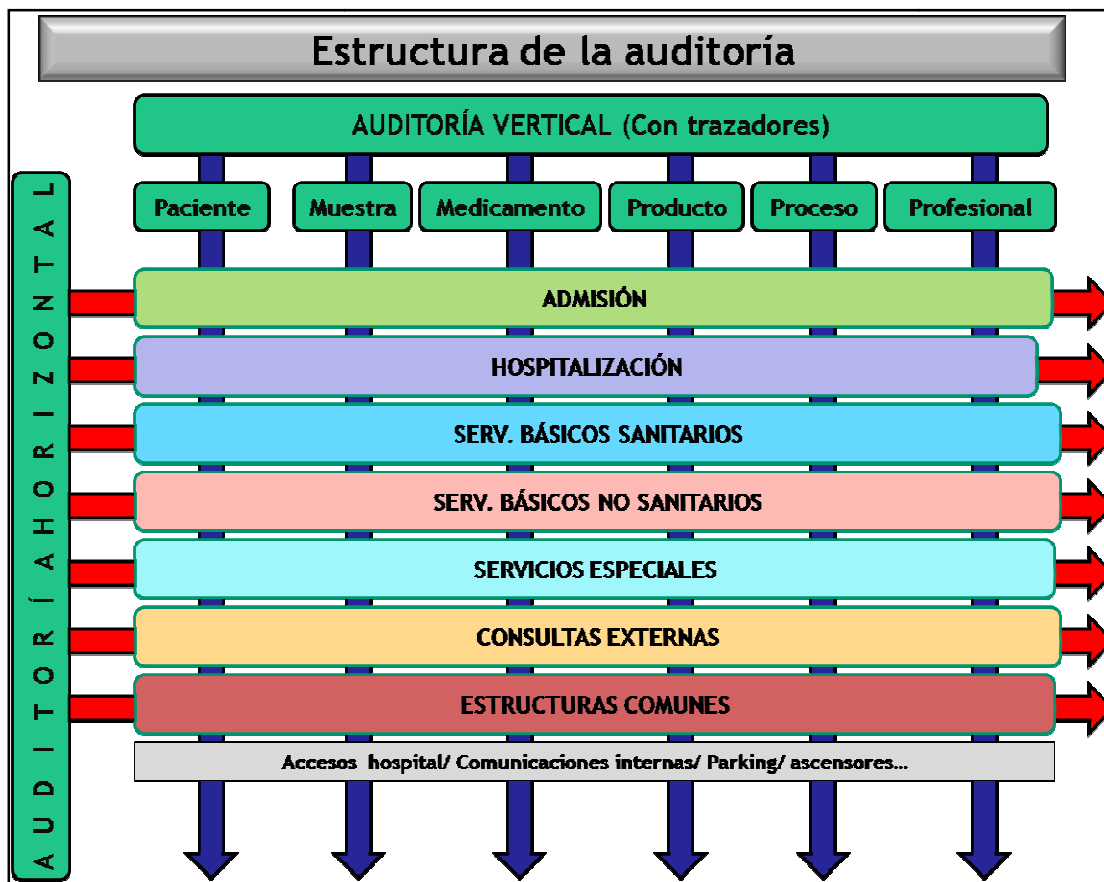
- De forma **“vertical”**, auditando el recorrido de elementos **“trazadores”**, para evaluar el cumplimiento de los estándares. Los principales elementos trazadores serán los siguientes:

- Un paciente.
- Una muestra biológica.
- Un medicamento.
- Un producto sanitario.
- Un proceso.
- Un profesional.

Ejemplo:

Trazador paciente: se evaluarán todos los elementos que interaccionen con el paciente desde su ingreso hasta el alta: accesibilidad, acogida, evaluación, planes de cuidados, conciliación de la medicación, pruebas complementarias, *check list* quirúrgico, calibraciones de los equipos utilizados, informe al alta, etc. De igual forma, se procederá con el resto de los elementos trazadores.

Además, se realizará auditoría de Historia Clínica Electrónica y Consentimiento Informado. Para ello, la dirección del centro facilitará los listados que solicite el equipo auditor con carácter previo; los criterios de muestreo empleados irán encaminados a que queden representados de manera ponderada los principales procesos que se desarrollen en el hospital, por ejemplo: anestesia, endoscopia, transfusión, radiología con contraste, intervención quirúrgica, cirugía mayor ambulatoria, etc.



A solicitud del equipo directivo se realizará una jornada de *feedback* en la que la UEC-SESPA y el auditor Jefe expondrán los principales hallazgos de la evaluación. Los destinatarios de esta información será decisión del equipo directivo de cada hospital y la fecha de la misma se acordará con la Unidad.

Se informará del carácter muestral de la auditoría y se comprometerá la fecha para la emisión del informe, que será como máximo un mes después del día de la reunión final o de la última jornada de auditoría. Se informará sobre la posibilidad de alegación al informe y de solicitud de un plan de acciones correctivas, así como los plazos para llevarlos a cabo. La emisión del certificado se realizará inmediatamente después de que el informe de evaluación sea firme (15 días después si no hay alegaciones o una vez resultas éstas).

3 Experiencias: la entrevista de pacientes y familiares

La segunda de las fuentes de entrada busca conocer el cumplimiento de los estándares de calidad a través de las vivencias concretas de pacientes, familiares y profesionales.

Se trata, en este caso, de objetivar lo subjetivo, de valorar cómo es percibida la asistencia sanitaria y en qué medida sienten que se cumplen los requisitos de calidad establecidos en esta guía.

Exploraremos así los pensamientos, emociones y juicios de valor acerca del respeto de la intimidad, la confidencialidad de los datos, el trato amable, la accesibilidad..

Para explorar la **experiencia de paciente**, se utilizarán entrevistas específicas, diseñadas a tal fin, en las cuales no sólo se valorará su satisfacción sino que se indagará acerca de sus expectativas y opiniones. El conocimiento de estos aspectos constituye una herramienta para la mejora de la calidad sanitaria que sitúa al paciente en el centro de las decisiones.

Las entrevistas serán anónimas y previo consentimiento del paciente.

Tras la finalización de la evaluación, las conclusiones extraídas del análisis de la experiencia de paciente, se incorporarán en el informe final que será entregado al centro hospitalario.

LOS EQUIPOS AUDITORES

La UEC-SESPA ejecuta las actividades de evaluación con recursos propios, el **panel de auditores**, y en este sentido, el plan define quién conforma el equipo de evaluadores, siendo la UEC-SESPA la responsable de la asignación de los mismos.

Cada evaluación contará con un **Auditor Jefe**, que será un auditor capacitado del panel. El auditor Jefe será el responsable de la coordinación de la evaluación y será quien ratifique el informe de la misma.

Las actividades para asignar a los auditores y garantizar la imparcialidad de la UEC-SESPA se establecen en los procedimientos de gestión del personal vinculado a la UEC-SESPA y gestión de la imparcialidad.

Los auditores de la UEC-SESPA cuentan con la capacitación necesaria para auditar la Guía de Estándares y suscriben con la Unidad de Evaluación un compromiso de confidencialidad respecto al ejercicio de su función. Asimismo, los auditores han de declarar cualquier tipo de incompatibilidad en relación con las auditorías asignadas. Igualmente, el centro evaluado, una vez conocido el equipo auditor, puede poner de manifiesto cualquier incompatibilidad, no detectada por los mecanismos ordinarios de la Unidad de Evaluación.

COMPROMISOS DE LA UEC-SESPA

- La UEC-SESPA es responsable de la gestión de toda la información que maneja en las actividades de evaluación y dispone de procedimientos e instrucciones técnicas para garantizar el trato confidencial de la misma.
- La UEC-SESPA dispone de una política de imparcialidad, explicitada en su Manual de Calidad e implantada a través de sus procedimientos generales, garantizando que este principio preside todas las actividades que lleva a cabo en relación al proceso de evaluación.
- Es obligación de la UEC-SESPA hacer público y difundir formalmente a los centros sanitarios, la incorporación de las novedades, cambios, mejoras, etc. que se introduzcan, tanto en el esquema de evaluación, como en la propia guía.
- La UEC-SESPA comunica siempre al centro sanitario las actividades evaluadoras que se van a llevar a cabo, a través del correspondiente plan de visita.
- La UEC-SESPA dispone de un procedimiento general público y a disposición de las partes interesadas, para resolver las quejas y alegaciones que puedan surgir entre la UEC-SESPA y el centro sanitario, en relación con la evaluación.

- La UEC-SESPA proporciona al centro que cumple con los estándares establecidos el correspondiente certificado de conformidad.

COMPROMISOS DE LOS CENTROS AUDITADOS

- Facilitar la documentación solicitada por la UEC-SESPA con la antelación requerida.
- Realizar la autoevaluación de los estándares en el formato facilitado por la UEC-SESPA y remitirlo en el tiempo establecido.
- La participación del equipo directivo en las auditorías iniciales para evaluar el liderazgo de la organización y asignación de los profesionales que actúen como interlocutores durante las auditorías.
- La difusión a los profesionales de la realización de la auditoría, informando que durante la misma, pueden ser visitadas las instalaciones en las que desempeñan su trabajo, así como ser entrevistados para evaluar algún circuito asistencial.
- Colaborar en el desarrollo de la evaluación de calidad.
- Facilitar los listados necesarios para realizar la evaluación de la HCE y el CI y disponer de los puestos informáticos y los perfiles necesarios para los equipos auditores.
- Formular a la UEC-SESPA cuantas propuestas de mejora puedan enriquecer la Guía de Estándares, el Esquema de Evaluación o el Plan de Auditoría.

EVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Estándares básicos o esenciales

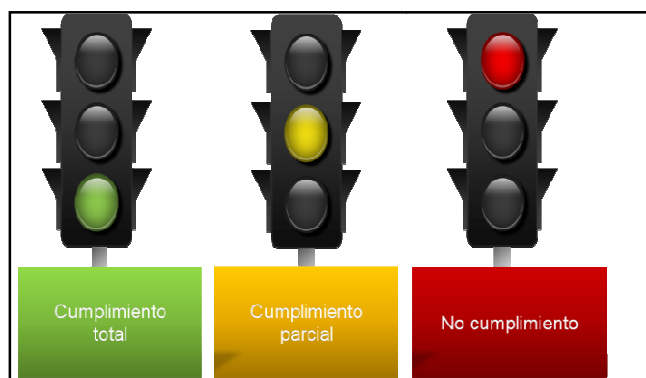
Son aquellos estándares de calidad escogidos por consenso de expertos que han de cumplirse inexcusablemente. Hay ciertos requisitos, algunos de carácter normativo, otros de carácter asistencial, o las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP), que no permiten que determinados estándares no estén abordados, aunque sea con un cumplimiento parcial por todos los centros hospitalarios.

El incumplimiento de alguno de los estándares básicos inhabilita la posibilidad de emitir un certificado de calidad. La relación de estándares básicos se puede consultar en la guía.

Los estándares de calidad formulados en esta Guía tienen 3 posibilidades en relación con su nivel de cumplimiento:

- Cumplimiento total.
- Cumplimiento parcial.
- No cumplimiento.

Gráficamente se asocia con un semáforo:



El juicio sobre el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad será siempre una decisión del auditor, en base a los hallazgos de la propia auditoría y a la documentación aportada previamente por la UGC/AGC. La UEC-SESPA velará por el mantenimiento de criterios uniformes en todas las auditorías.

El cumplimiento total de un estándar de calidad indicaría un abordaje perfecto del mismo, con el cumplimiento de cada uno de los elementos que para este estándar se definen en la GECA. Esto es una situación en muchos casos utópica, por lo que situaciones de cumplimiento parcial son las más frecuentes, lo que no indica una mala práctica, sino la existencia de márgenes para la mejora continua.

La evaluación de los estándares en los distintos servicios

Muchos de los estándares serán evaluados en distintas ubicaciones. La valoración global de ese estándar para el centro será una decisión del Auditor Jefe a partir de las evidencias encontradas y de las valoraciones parciales.

Carácter muestral de la auditoría

La evaluación de calidad y los hallazgos de las auditorías tienen siempre un carácter puntual y muestral en relación con la actividad asistencial del dispositivo, por lo que la aparición de cualquier desviación detectada durante la auditoría no significa que ésta tenga un carácter general; de igual forma, la no aparición de hallazgos no garantiza un perfecto cumplimiento del estándar de calidad.

EL INFORME DE EVALUACIÓN

El informe de evaluación reflejará el nivel de cumplimiento de cada estándar de calidad y tendrá la misma estructura que la desarrollada en la Guía de Estándares y Circuitos de Calidad Asistencial, es decir, se agrupará por dominios.

Los estándares valorados con un cumplimiento total constituyen los puntos fuertes del centro, a reforzar en siguientes ejercicios. Los estándares con un cumplimiento parcial o situación de no cumplimiento irán acompañados de las evidencias correspondientes y suponen oportunidades de mejora para el mismo.

El informe de auditoría no se traduce en forma de puntuación, sino que tendrán la consideración de APTO los centros que cumplan, al menos parcialmente, todos los estándares que le son de aplicación y de NO APTO los que tengan una situación de no cumplimiento para alguno de los estándares básicos.

Alegaciones al informe de evaluación

El centro evaluado dispondrá de un plazo de 15 días naturales a contar a partir del envío del informe para presentar ante la Unidad de Evaluación las alegaciones que considere necesarias al informe final.

El centro evaluado es responsable de mostrar durante la evaluación todas aquellas evidencias que demuestren el cumplimiento de los estándares, ya que no podrán ser valoradas en las alegaciones evidencias que no hayan sido mostradas durante las auditorías.

La Unidad de Evaluación del SESPA contestará a las alegaciones presentadas en un plazo máximo de 15 días, a contar desde la recepción de la alegación y el informe tendrá en ese momento carácter definitivo. Para la evaluación de las alegaciones pueden ser precisas

visitas adicionales al centro que programará la UEC-SESPA. En este caso los 15 días para la contestación a las alegaciones se contarán desde la visita adicional.

EL PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS (PAC)

Se solicitará un plan de acciones correctivas ante estándares definidos como básicos que tengan una situación de no cumplimiento. El centro dispondrá de un plazo de entre 2 y 6 meses para desarrollar el plan, en función de la importancia de los hallazgos.

El PAC deberá ser enviado a la UEC-SESPA y su valoración puede requerir una visita adicional para su revisión.

Siempre que esté pendiente un PAC en relación con un estándar básico, no se podrá emitir ningún tipo de certificado al centro.

Validez de los certificados

El certificado emitido tendrá una vigencia de 5 años naturales a partir de la fecha de expedición del mismo. Si durante ese plazo la UEC-SESPA no pudiese desarrollar un nuevo Plan de Evaluación para ese hospital, el certificado permanecerá vigente hasta la siguiente auditoría GECA si el centro hospitalario contribuye anualmente con la implantación de acciones de mejora derivadas de la evaluación, las envía en los plazos establecidos a la Unidad y éstas tienen una valoración positiva.

Es decir, por encima de los 5 años señalados el certificado seguirá vigente para aquellos centros hospitalarios comprometidos con la “Evaluación de Seguimiento. Monitorización de Continuidad”. La vigencia de los certificados de los centros puede ser consultado en la Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA.