



Evaluación de seguimiento GECCAs

Monitorización de continuidad



Control de versiones

Versión	Cambios relevantes	Fecha de aprobación
0	Versión inicial, pendiente aprobación por el Consejo de Administración del SESPA.	01 de junio de 2021
1	Aprobada en Consejo de Administración del SESPA.	30 de julio de 2021



ADVERTENCIA: puede existir una versión más actualizada de este documento.

Para consultar la versión vigente contactar con la Unidad de Certificación en Calidad del SESPA o visitar su página web: uc.sespa.es

Autores

Valentín Javier Rodríguez Martínez. Jefe de la UC-SESPA.

Raquel Casas Rodríguez. Responsable del Esquema de evaluación GECCAs.

Paula Alonso González. Responsable de Calidad, Formación y Docencia.

Cristina Pintado Miranda. Responsable del panel de auditores y del Esquema de evaluación SINOC-DAIME.

©Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Depósito legal: 03041-2021

ISBN: 978-84-09-36994-2

Índice

1.- Glosario	9
2.- Documentos de referencia	11
4.- Introducción	13
5.- Objetivos	14
5.1 Objetivos generales:	14
5.2 Objetivos específicos:	14
6.- Compromisos de la UC-SESPA.....	15
7.- Requisitos para realizar la Evaluación de seguimiento	16
8.- Metodología y desarrollo de la Evaluación de seguimiento:	16
8.1 Plan de Evaluación de seguimiento GECCAs:	19
8.2 Jornadas de evaluación:	19
8.3 Criterios de valoración:	20
8.4 Salidas de la Evaluación de seguimiento:	20
8.5 Repercusión sobre la Evaluación GECCAs:	21
9.- Anexos	23
Anexo I: Modelo de calidad PDCA en la Evaluación de seguimiento GECCAs....	24
Anexo II: Ficha de la acción de mejora.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo III: Criterios para la valoración de las acciones de mejora.....	30
Anexo IV: Preguntas frecuentes	32



“Lo que no se define, no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar.
Lo que no se mejora, se degrada siempre.”

William Thomson (Lord Kelvin)

1.- Glosario

Las siguientes definiciones están descritas teniendo en cuenta el significado que estos términos tienen en el contexto de la Evaluación de seguimiento GECCAs.

Acción de mejora:

Iniciativa planificada e implementada con la finalidad de solucionar un problema detectado o como una propuesta innovadora que suponga un avance en la gestión de la calidad asistencial.

Benchmarking:

Anglicismo que se traduce como "evaluación comparativa"; en nuestro ámbito, estrategia para la mejora que se basa en una sistemática de puesta en común de experiencias y buenas prácticas en el ámbito sanitario, analizando tendencias y avances implantados y midiendo y comparando resultados, con el fin de adoptar las más deseables para progresar en la calidad asistencial de la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias.

Ciclo calidad PDCA:

Adaptación del ciclo de Shewhart, que Deming popularizó en Japón y que actualmente se conoce como PDCA (Plan-Do-Check-Act) o ciclo de Deming. En el contexto de la Evaluación de seguimiento GECCAs, se plantea como un esquema que ayude a los centros hospitalarios en la implantación de acciones de mejora de la calidad y su posterior valoración.

Evaluación GECCAs:

Proceso de valoración del nivel de calidad de un centro hospitalario basado en la comprobación del nivel de cumplimiento de los estándares de calidad definidos en la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial (GECCAs). Se realiza de forma periódica en todos los hospitales de la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias.

Evaluación de seguimiento GECCAs:

Valoración continuada entre las Evaluaciones GECCAs de un centro hospitalario. Sus propósitos son: por un lado, mantener el nivel de motivación en los equipos, y por otro, evaluar el abordaje de las oportunidades de mejora implementadas.



Evaluación de la acción de mejora:

Valoración que los centros hospitalarios realizan sobre las propuestas de mejora que implementan con la finalidad de conocer la repercusión que su introducción aporta en los usuarios, profesionales y la Organización.

Evaluación del impacto:

Valoración de una acción de mejora en la que se pueda probar la relación directa entre la implantación de la misma y los resultados conseguidos en usuarios, profesionales u Organización, descartando la influencia de cualquier otra variable externa.

Ficha de acción de mejora:

Formato diseñado en la UC-SESPA que toma como referencia el ciclo de mejora continua de la calidad de Deming o PDCA, y que se proporciona a los centros hospitalarios para recoger de forma sencilla y homogénea la descripción de las acciones de mejora que implantan y que serán objeto de valoración tanto en las Evaluaciones GECCAs como en las de seguimiento.

Indicador:

Herramienta de medida utilizada para valorar la influencia que, en materia de calidad asistencial, tienen las acciones de mejora implantadas por los centros hospitalarios en los usuarios, profesionales y Organización.

Los indicadores persiguen proporcionar información que permita una toma de decisiones basada en criterios objetivos y su construcción adquiere especial importancia en aquellos casos en los que además de evaluar la acción de mejora se pretenda evaluar su impacto.

Organización sanitaria:

Conjunto de entidades, corporaciones y colectivos que persiguen la protección y mejora de la salud de la población en el marco político e institucional del Principado de Asturias. Si bien el alcance de todas las Evaluaciones GECCAs es el centro hospitalario, las acciones de mejora en él implantadas podrán tendrán repercusión en toda la red sanitaria y en la sociedad.

Profesional:

Cualquier persona que por su relación laboral preste servicios en el ámbito de la atención hospitalaria, incluyendo no sólo al personal sanitario o de gestión, sino también al de los servicios subcontratados y todo aquél que se encuentre en período de formación en el centro.

Usuario:

Aquella persona que utiliza los servicios de salud que se prestan en el centro hospitalario. Esto incluye tanto al propio paciente como a todo su entorno familiar y afectivo, cuya presencia esté motivada por la atención sanitaria y sea consentida por el propio paciente.

2.- Documentos de referencia

- Guía de estándares y circuitos de la calidad asistencial del SESPA (GECCAs) v1¹.
- Esquema de evaluación de la GECCAs v3¹.
- Plan de Evaluación de la Calidad Hospitalaria del Principado de Asturias 2018-2021¹.
- Informe de Evaluación GECCAs².
- Informe de Puntos Fuertes y Oportunidades de Mejora².
- Informe de Experiencia de Paciente².



¹Los tres documentos fueron aprobados el 13 de julio de 2018 por el Consejo de Administración del SESPA.

²Los tres informes correspondientes a la evaluación de cada centro hospitalario.

3.- Justificación

Desde el arranque del Plan de Evaluación de la Calidad Hospitalaria del Principado de Asturias, los equipos directivos de los hospitales valoraron muy positivamente la Evaluación GECCAs, entendiéndola como un marco de referencia homogéneo en la evaluación de la calidad. Asimismo nos transmitieron, de forma unánime, la necesidad de abordar estas evaluaciones con mayor frecuencia.

Por nuestra parte, entendemos que el resultado de la evaluación no deja de ser una imagen puntual de su situación en ese momento, a modo de “instantánea”. En muchas ocasiones, una vez emitido el Informe de evaluación o incluso antes, en la reunión final o de *feedback* al dispositivo, la UC-SESPA pudo comprobar que ya se habían realizado mejoras, por lo que aquella “instantánea” ya no se correspondía con la situación del hospital en el momento de la entrega del certificado. Esto refuerza la necesidad de implementar una sistemática que permita aumentar la frecuencia de las evaluaciones y visibilizar el progreso de lo que ocurre entre una y otra “instantánea”, que es lo importante en cuanto a la calidad asistencial.

Por otro lado, la evaluación contempla el ciclo de permanente renovación de profesionales, equipos directivos y responsables de procesos, favoreciendo que todas las mejoras que se introducen no queden únicamente en la memoria colectiva.

La UC-SESPA pretende impulsar que todas estas acciones de mejora que los hospitales decidan implementar se puedan salvaguardar, generando cada uno de ellos un dossier de las mejoras introducidas en sus circuitos de calidad agrupadas en torno a los dominios de la GECCAs.

Integrar esta evaluación en la organización sanitaria de una forma sistematizada es un objetivo ambicioso, pero supone abordar la gestión de la calidad de una forma madura, tal y como corresponde a un Servicio de Salud con gran recorrido en torno a la calidad asistencial.

4.- Introducción

La GECCAs supone una herramienta común al Servicio de la Administración para la evaluación de la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias. El inicial ciclo planteado, sin observar condicionantes externos que lo modifiquen, supone una considerable distancia temporal que puede hacer que el acento se ponga en la evaluación puntual y no en la gestión diaria de la calidad asistencial, como sería deseable.

La inclusión de una Evaluación de seguimiento dentro del marco del Plan de la Evaluación de la Calidad de la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias, favorece mantener el estímulo fuera de las etapas de evaluación e implicar a los profesionales en el desarrollo e implantación de las mejoras.

Si hay algo que ha caracterizado a la Evaluación GECCAs desde su inicio, es que es un modelo que no precisa documentación adicional. La Evaluación de seguimiento avanza en esta línea de simplificación y la documentación de las mejoras se realizará en una ficha sencilla, diseñada por la UC-SESPA y basada en el clásico ciclo de calidad PDCA.

PLANIFICAR: Describir la situación inicial antes de la implantación de la acción de mejora, detallando cuál es el problema que se debe solucionar y definiendo el objetivo a conseguir con la acción propuesta y los indicadores que se van a utilizar para valorar la misma.

HACER: Implantar la acción de mejora, si es necesario primero a pequeña escala, para posteriormente poder generalizarla.



ACTUAR: Concluir la validez de la acción de mejora implantada y las posibles modificaciones que produce en los tres ámbitos en base a los resultados alcanzados. Esta situación abre un nuevo ciclo de mejora que la lectura de los resultados de los indicadores permitirá diseñar.

VERIFICAR: Evaluar los beneficios de la mejora implantada en las tres esferas (usuarios, profesionales y Organización), valorando los cambios que se pueden atribuir a la mejora en dichos ámbitos.



De la misma forma, la valoración de las acciones de mejora también se plantea como un procedimiento fácil, lo que permitirá a los equipos directivos de los hospitales y a los responsables de los principales procesos determinar en qué dimensión (usuario, profesionales u Organización) y profundidad se valorarán los efectos de las mismas, pudiendo realizarse en una o en varias simultáneamente.

5.- Objetivos

La Evaluación de seguimiento se plantea con los siguientes objetivos:

5.1 Objetivos generales:

- Incorporar una dinámica de monitorización de continuidad que estimule a los equipos para que el trabajo de calidad no se interrumpa, todo ello en base a los hallazgos de la Evaluación GECCAs previa.
- Implementar una sistemática de evaluación permanente que contemple el impacto de las acciones de mejoras introducidas y los efectos de éstas en usuarios, profesionales y Organización.
- Establecer un formato común para documentar las acciones de mejora, que facilite el registro de las mismas y resulte sencillo de cumplimentar.

5.2 Objetivos específicos:

- Introducir la valoración del efecto de las acciones de mejora a cualquier nivel (usuarios, profesionales u Organización), como una forma de potenciar la gestión de la calidad a partir de la evidencia.
- Contribuir a la creación de un repositorio documental propio de cada centro hospitalario que ponga en valor sus iniciativas en calidad y que sirva como registro histórico de las mismas.
- Generar valor añadido a partir de la sensibilización en aspectos como: accesibilidad, sostenibilidad o responsabilidad social, en el contexto de las buenas prácticas en calidad y seguridad asistencial.
- Potenciar el conocimiento compartido, a través de la difusión de los resultados que proporcione la evaluación de las acciones de mejora.

6.- Compromisos de la UC-SESPA

Como entidad evaluadora, la UC-SESPA se compromete a:

- Difundir adecuadamente entre los equipos directivos y profesionales de los centros hospitalarios los requisitos, metodología y finalidad de la Evaluación de seguimiento con carácter previo a su realización.
- Proporcionar una metodología común a todos los hospitales que haga posible documentar las acciones de mejora, además de compartir el conocimiento generado.
- Facilitar documentación de apoyo para dar formato y mostrar las acciones de mejora (ver anexo II “Ficha de acción de mejora”).
- Realizar una monitorización de continuidad de su proceso de calidad para analizar y poner en valor las acciones implantadas sobre las oportunidades de mejora señaladas en la Evaluación GECCAs u otras sobrevenidas de detección propia.
- Gestionar adecuadamente toda la información que se maneja en las evaluaciones, garantizando la confidencialidad, así como resolver cualquier queja o alegación que pueda surgir en relación con las mismas, del mismo modo que en las Evaluaciones GECCAs según los procedimientos públicos y establecidos a tal efecto.
- Acordar junto con el hospital que corresponda la fecha de visita cuando la valoración de la acción de mejora lo requiera, con la antelación suficiente que permita al hospital organizar su trabajo en cuanto a documentación y organización de la labor asistencial para no interferir en la misma y poder valorar la implantación de las acciones.
- Reflejar las conclusiones de la valoración de las acciones de mejora en un informe que sirva como entrada para la siguiente Evaluación GECCAs.
- Crear una base de datos que recoja las acciones de mejora abordadas en los centros de la Red Hospitalaria del Principado de Asturias, como reporte para la Dirección Gerencia del SESPA.
- Generar espacios destinados a la puesta en valor de buenas prácticas en acciones de mejora en calidad, a su difusión y a coordinar actividades de *benchmarking* dentro de la organización (jornadas, encuentros, premios, etc.) con el fin de que todos los centros se puedan beneficiar de las iniciativas exitosas que se lleven a cabo.



7.- Requisitos para realizar la Evaluación de seguimiento

La Evaluación GECCAs pretende proporcionar un análisis objetivo y homogéneo de los puntos fuertes y oportunidades de mejora de los centros hospitalarios para que puedan orientar el proceso de mejora continua de la calidad asistencial.

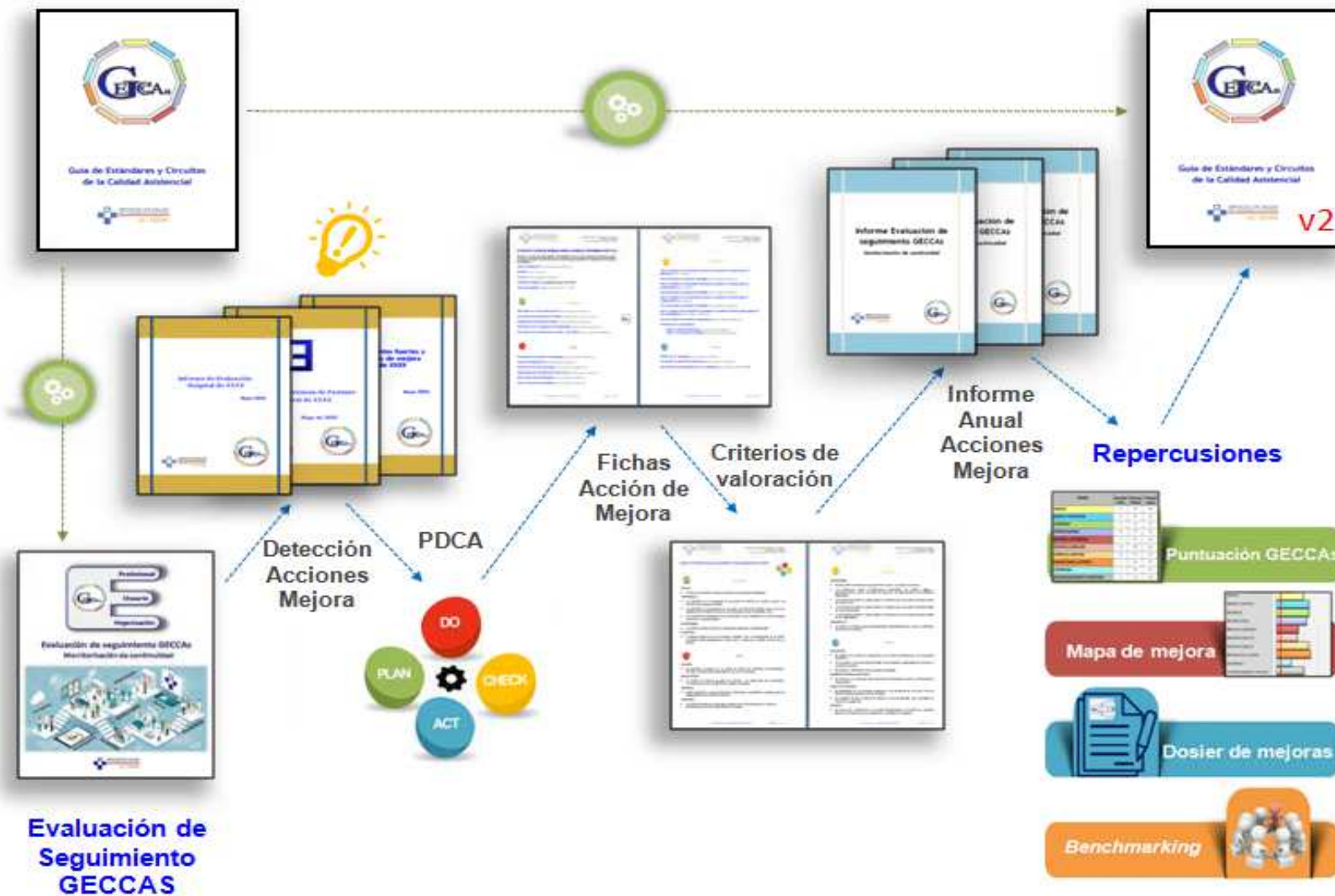
La Evaluación de seguimiento va dirigida a favorecer una dinámica de continuidad y se centra en valorar las iniciativas de mejora que los hospitales han puesto en marcha durante el período entre evaluaciones, en el que el hospital debe:

- Implementar acciones de mejora en relación principalmente con los aspectos señalados en los “Informes de Evaluación GECCAs”. Esto no excluye la realización de otras acciones de mejora de aplicación en otros ámbitos.
- Remitir con carácter anual durante el último trimestre del año aquellas fichas sobre acciones de mejora implementadas que los centros hospitalarios quieran someter a valoración por la UC-SESPA.

8.- Metodología y desarrollo de la Evaluación de seguimiento:

La Evaluación de seguimiento GECCAs pretende facilitar a los centros de la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias la gestión e impulso de la incorporación de acciones de mejora, como un proceso continuo que arranque con la Evaluación GECCAs de cada hospital, ya que ésta supone una primera estimación sobre los dominios y circuitos de calidad susceptibles de ser mejorados además de una puesta en valor de sus fortalezas como organización.

A partir de este momento, el centro hospitalario debe seleccionar aquellas acciones de mejora que quiera abordar siguiendo la metodología que se describe a continuación:



8.1 Plan de Evaluación de seguimiento GECCAs:

En él se establece una revisión anual de las fichas de acción de mejora que los hospitales quieran proponer para valoración por la UC-SESPA a partir de su primera Evaluación GECCAs, a lo que se añade una visita de seguimiento de las mismas cuando sea necesario para su análisis o para comprobar el grado de implantación de las mismas.

Para ello, la UC-SESPA acordará un plan de visita con cada hospital en el momento más adecuado para el desarrollo de las visitas, ya que dependerá en gran medida del tamaño del hospital y del número de fichas de acción de mejora remitidas, además de la no interferencia en la actividad asistencial.

- **Monitorización de continuidad:**

Esta evaluación de seguimiento se establece en clave de valoración continua del trabajo en el progreso de calidad de los hospitales que forman parte de la Red del Principado de Asturias. El hecho de que haga hincapié en la continuidad en vez de ceñirse a un cronograma que nos aporte análisis puntuales (instantáneas), pone en valor aquellos dispositivos que interiorizan en el quehacer diario las buenas prácticas en calidad, lo que se verá trasladado a puntuación a través de la valoración de nuevos estándares de calidad que serán incluidos en la GECCAs v2.

- **Recepción de las acciones de mejora:**

Anualmente y hasta la siguiente Evaluación GECCAs, durante el último trimestre de cada año los hospitales ya evaluados con la Guía de Estándares y Circuitos de Calidad Asistencial, deberán enviar todas aquellas fichas de acción de mejora que quieran incluir en su "Dossier de mejora continua en calidad".

- **Equipos auditores:**

El plan reflejará los integrantes del equipo auditor, ya que además de los componentes de la unidad, podrá incluir a técnicos colaboradores o auditores del panel de la UC-SESPA seleccionados por su perfil experto, en base a las acciones de mejora que sea preciso valorar.

8.2 Jornadas de evaluación:

- **Jornadas de evaluación documental:** anualmente se procederá al estudio y valoración de las acciones de mejora, además de aquella documentación que el centro nos remita en anexo para justificar el soporte a las iniciativas (fichas, monitorizaciones, valoración de indicadores,...). Para ello, se tomarán como referencia la estructura de dominios y circuitos de calidad de la GECCAs y los Informes de evaluación emitidos en su momento para cada hospital.
- **Jornadas de evaluación presenciales:** dependiendo del alcance de la acción de mejora, se realizará una visita de monitorización cuya finalidad será verificar que



la documentación que da soporte a las acciones de mejora propuestas se corresponde con un nivel de implantación y alcance adecuados, además de ser acorde a su descripción en las fichas. Se podrán llevar a cabo entrevistas a los profesionales responsables del proceso, a usuarios o utilizar las técnicas que el equipo auditor estime necesarias para realizar la valoración.

8.3 Criterios de valoración:

Cada ficha de la acción de mejora y la documentación con ella relacionada serán valoradas en base a criterios comunes para todos los centros hospitalarios que se reflejan en el anexo III, “*Criterios para la valoración de las acciones de mejora*”.

El propósito de este seguimiento es consolidar una sistemática de continuidad en la reevaluación, y los criterios definidos sólo se deben tomar como un marco para facilitar al hospital un desarrollo adecuado del proceso.

Dependiendo de la naturaleza y el contexto en que se aplique una acción de mejora, puede adaptarse de forma distinta a los criterios de valoración establecidos por la UC-SESPA. Esto no será obstáculo, en ningún caso, para que se realice una evaluación de la misma, ya que no en todas las acciones de mejora será factible medir la repercusión que tienen en las tres esferas, bien por un lapso de tiempo insuficiente para plantearse la valoración o por el carácter cualitativo de la misma.

En la valoración de las acciones de mejora no se tendrán en cuenta sólo los resultados de las mismas, sino el ciclo de calidad desarrollado en torno a ellas.

Si, además, el centro hospitalario es capaz de demostrar de forma inequívoca el impacto de la acción implantada, estaremos ante uno de los escenarios más deseables, lo que supone una dinámica de trabajo en materia de calidad asistencial que tiende a la excelencia.

8.4 Salidas de la Evaluación de seguimiento:

- **Equipos directivos de los centros hospitalarios.** Las conclusiones de este proceso se reflejarán en un informe que relacione las acciones de mejora remitidas, su comparación con los criterios establecidos y la valoración que de ellas se haga. Dicho informe, aunque no conlleve puntuación, sí estará vinculado a valoración en la siguiente Evaluación GECCAs a través de nuevos estándares que valoren la implantación de acciones de mejora en cada dominio y que serán incluidos en la próxima versión de la Guía. Esta versión v2 de la GECCAs incluirá diez estándares de calidad (uno por cada dominio) que pondrán en valor las acciones de mejora implementadas anualmente por el hospital.

- **Dirección Gerencia del SESPA.** Anualmente se realizará un informe de cierre de ejercicio GECCAs, que recoja todas las acciones de mejora valoradas tras su implementación en cada uno de los hospitales de la Red del Principado de Asturias. Esta salida, que ordena las acciones según los dominios y circuitos de la Guía y los hospitales que conforma la Red Hospitalaria Pública, refleja la actividad de los dispositivos en el proceso de calidad asistencial.
- "Evaluación comparativa sobre experiencias y buenas prácticas para el progreso en la calidad asistencial de la Red Hospitalaria del Principado de Asturias": Con carácter anual, la UC-SESPA organizará unas jornadas de *benchmarking* que se llevarán a cabo en el primer cuatrimestre del año para dar a conocer acciones de mejora destacadas y buenas prácticas en calidad que puedan ser adoptadas por otros centros hospitalarios.

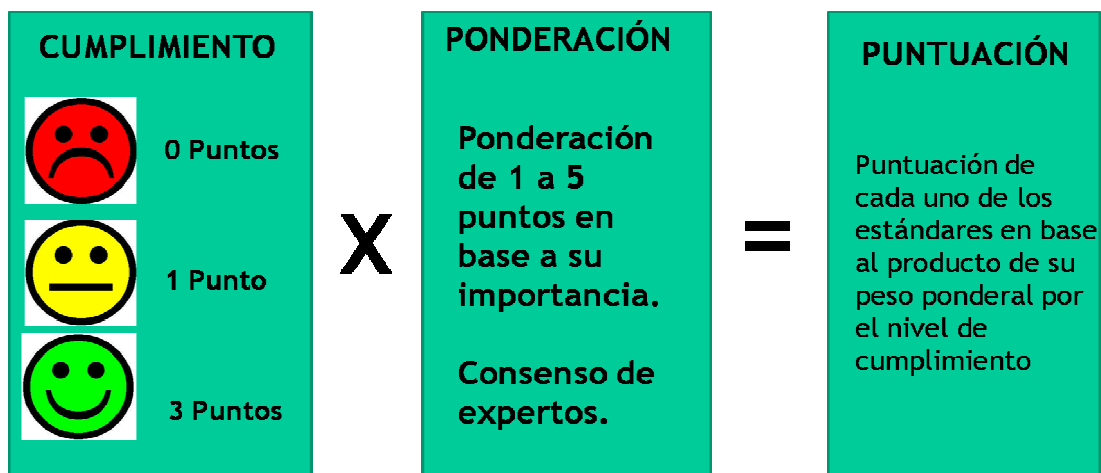
8.5 Repercusión sobre la Evaluación GECCAs:

La siguiente Evaluación GECCAs de cada hospital se realizará con una nueva versión de la Guía de estándares y circuitos de la calidad asistencial (GECCAs v2). Esta nueva versión mantendrá la estructura de la primera, pero incorporará en cada uno de los dominios un estándar de calidad que pondrá en valor el trabajo realizado interciclos y las acciones de mejora implantadas, tanto las que tengan origen en los informes de evaluación, como aquéllas cuya detección se realice por parte del hospital.

Cada uno de los nuevos estándares se basará en los mismos niveles de cumplimiento que los demás (total = 3 puntos, parcialmente cumplido = 1 punto o no cumplido = 0 puntos), pero su factor de ponderación (1, 2, 3, 4 ó 5) será alto, con lo que tendrán una repercusión importante en la puntuación final de la siguiente Evaluación GECCAs.



Sistema de puntuación de los estándares de calidad



9.- Anexos

- Anexo I: Modelo de calidad PDCA en la Evaluación de seguimiento GECCAs.
- Anexo II-A: Ficha de la acción de mejora.
- Anexo II-B: Ficha de la acción de mejora
- Anexo III: Criterios para la valoración de las acciones de mejora.
- Anexo IV: Preguntas frecuentes.



Anexo I: Modelo de calidad PDCA en la Evaluación de seguimiento GECCAs

PLAN

PLANIFICAR: Describir la situación inicial antes de la implantación de la acción de mejora, detallando cuál es el problema que se debe solucionar y definiendo el objetivo a conseguir con la acción propuesta y los indicadores que se van a utilizar para valorar la misma.

- Priorizar aquéllas que tengan una mayor importancia, ya sean de detección interna o procedentes de los informes de la Evaluación GECCAs.
- Describir la situación inicial en lo relativo a cada acción de mejora abordada, ya sean de carácter cualitativo o cuantitativo.
- Definir los objetivos que se pretenden conseguir.
- Diseñar el cronograma de implantación de la acción de mejora y definir su alcance.
- Valorar los recursos (materiales, humanos y económicos) necesarios para su puesta en marcha.
- Diseñar, cuando sea necesario, los indicadores que permitan en el futuro poder valorar la efectividad y/o eficiencia de las mismas.



DO

HACER: Implantar la acción de mejora, si es necesario primero a pequeña escala, para posteriormente poder generalizarla.

- Describir brevemente en qué consiste la acción de mejora (alcance, responsable, recursos empleados,...).
- Difundir de forma efectiva, establecer mecanismos que procuren garantizar que todas aquellas personas a las que influye o afecta sean conocedores de la misma.
- Realizar el arranque de la acción de mejora.
- Mantener el seguimiento y estímulo continuo para que la acción de mejora se desarrolle y se sostenga en el tiempo hasta conseguir el grado de implantación previsto en la planificación de la misma.

CHECK

VERIFICAR: Evaluar los beneficios de la mejora implantada en las tres esferas (usuarios, profesionales y Organización), valorando los cambios que se pueden atribuir a la mejora en dichos ámbitos.

- Valorar los efectos que la incorporación de la acción de mejora produce en usuarios, profesionales y Organización.
- En los casos que proceda, estimar los resultados de los indicadores.
- En caso de acciones de carácter cualitativo, una buena fuente de información es la recabada directamente de usuarios, profesionales o del equipo directivo de la Organización a través de entrevistas, encuestas, etc.
- Medir el impacto que las acciones de mejora tienen sobre usuarios, profesionales y Organización en las ocasiones que sea posible, lo que constituye un indicador de madurez del sistema de gestión de la calidad del centro y el abordaje de acciones de gran calado.
- Comprobar que la acción de mejora se ha implantado, o bien que la implantación se ajusta al cronograma y alcance definidos en la fase de planificación.

ACT

ACTUAR: Concluir la validez de la acción de mejora implantada y las posibles modificaciones que produce en los tres ámbitos en base a los resultados alcanzados. Esta situación abre un nuevo ciclo de mejora que la lectura de los resultados de los indicadores permitirá diseñar.

- Reflexionar en el seno del equipo directivo y/o de los integrantes del grupo de trabajo que desarrolló la implementación de la acción de mejora para determinar si precisa modificaciones, abriendo con ello un nuevo ciclo de mejora.
- Realizar la toma de decisiones para continuar el proceso de mejora continua del centro hospitalario, tomando como base la evaluación de resultados de las acciones de mejora.
- Establecer las correcciones necesarias con el fin de incorporar en un nuevo ciclo de mejora aquellas acciones que lo precisen.
- Difundir los resultados obtenidos con las acciones de mejora a usuarios, profesionales y Organización.
- Proponer nuevas acciones de mejora a raíz de aquéllas cuyo resultado no haya sido el esperado.

Anexo II-A: Ficha de la acción de mejora

TÍTULO:

Hospital: Elija un elemento. **Código:** Rellenar por UC

Año: Elija un elemento.

Dominio: Elija un elemento.

Agrupador: Elija un elemento.

Círculo:

Código del estándar:

Texto del estándar:



PLANIFICAR

Situación anterior:

Pertinencia:

Objetivo:

Alcance:

Cronograma:

Vigencia:

Indicadores:



HACER

Descripción de la acción:

Fecha:

Difusión:

Responsable:

Recursos empleados:

Desarrollo:

Elija un elemento.



VERIFICAR

¿Se ha realizado una valoración del efecto de la acción de mejora sobre los pacientes, profesionales u Organización? Elija un elemento.

Evidencias aportadas:

¿Se ha realizado una valoración del impacto de la acción de mejora sobre alguno de los tres ámbitos? Elija un elemento.

Evidencias aportadas:



ACTUAR

Evaluación de los resultados:

Toma de decisiones:

Difusión de los resultados:

ANEXOS (Documentación y/o registros aportados):

- 1-
- 2-
- 3-...

Anexo II-B: Ficha de la acción de mejora (instrucciones)



PLANIFICAR

Situación anterior: describir el estado inicial de la oportunidad de mejora detectada.

Pertinencia: especificar si la detección de la necesidad de la acción de mejora se realizó a partir del informe de Evaluación GECCAs o a partir de otros canales de información (usuarios, profesionales, cuadro de mando, etc.).

Objetivo: expresar de forma clara lo que se pretende conseguir con la implantación de la acción de mejora.

Alcance: describir en términos de ubicaciones, servicios, profesionales y pacientes a los que va a afectar la acción de mejora.

Cronograma: definir la cronología prevista para la implantación de la acción de mejora, independientemente de que se pueda llevar a cabo en los plazos establecidos inicialmente.

Vigencia: especificar si se precisa dar continuidad a la acción implementada o si va a tener un carácter puntual y suficiente para la consecución del objetivo propuesto.

Indicadores: han de ser válidos (que midan lo que realmente queremos medir), fiables (que sean interpretados siempre de la misma forma por distintos evaluadores) y apropiados (útiles para que de los resultados puedan derivarse acciones de mejora y conduzcan a la consecución de los objetivos planteados).



HACER

Descripción de la acción: explicar brevemente en qué consiste la acción de mejora.

Fecha: precisar fecha de arranque de la acción de mejora.

Difusión: detallar los mecanismos utilizados para garantizar que todas aquellas personas a las que afecta la acción de mejora sean conocedoras de la misma.

Responsable: reflejar quién es la persona encargada de su implantación/desarrollo.

Recursos empleados: definir los recursos humanos, materiales y económicos a emplear para la implantación de la acción de mejora.

Desarrollo: explicar si la acción de mejora ha progresado de forma adecuada en todas las ubicaciones en las que está definido su alcance.



VERIFICAR

¿Se ha realizado una valoración del efecto de la acción de mejora sobre los pacientes, profesionales u Organización? Sí/no.

Evidencias aportadas: adjuntar documentación/registros.

¿Se ha realizado una valoración del impacto de la acción de mejora sobre alguno de los tres ámbitos? Sí/no.

Evidencias aportadas: adjuntar documentación/registros.



ACTUAR

Evaluación de los resultados: reflexionar en el seno del equipo directivo y/o de los integrantes del grupo de trabajo que desarrolló la acción de mejora para determinar si precisa modificaciones.

Toma de decisiones: establecer las correcciones necesarias tomando como base la evaluación de los resultados con el fin de incorporar en un nuevo ciclo de mejora las acciones que lo precisen.

Difusión de los resultados: describir cómo se han comunicado los resultados obtenidos con las acciones de mejora a los usuarios, profesionales y Organización.

Anexo III: Criterios para la valoración de las acciones de mejora



PLANIFICAR



TÍTULO:

- El título de la acción expresa la mejora que se pretende implantar.

PERTINENCIA:

- La detección de la necesidad de la acción de mejora se realizó a partir del informe de Evaluación GECCAs.
- La detección de la necesidad de la acción de mejora se realizó a partir de otros canales de información (usuarios, profesionales, cuadro de mando, etc.)
- Los mecanismos empleados para la detección de la necesidad de la mejora están descritos y/o documentados.

CRONOGRAMA:

- La acción de mejora tiene un cronograma adecuado de implantación.

OBJETIVOS:

- El objetivo general que se pretende conseguir con la implantación de la acción de mejora está expresado de forma clara y tiene una relación directa con la misma.



HACER

ALCANCE:

- Se describe el alcance de la acción de mejora en términos de ubicaciones, servicios, profesionales y pacientes a los que va a afectar.

IMPLANTACIÓN:

- La acción de mejora se pone en marcha y se desarrolla con normalidad, formando parte de la dinámica de trabajo del equipo.

RECURSOS:

- Están definidos los recursos humanos, materiales y económicos a emplear para la implantación de la acción de mejora.

PROGRESO:

- La acción de mejora se está desarrollando de forma adecuada en todas las ubicaciones en las que está definido su alcance.



VERIFICAR

INDICADORES:

- Se han definido indicadores que permiten valorar la acción de mejora.
- Los indicadores están correctamente redactados, son válidos, fiables y apropiados para valorar la acción de mejora y la consecución de los objetivos planteados.
- Los indicadores miden la repercusión o el impacto que la acción de mejora tiene en los usuarios.
- Los indicadores miden la repercusión o el impacto que la acción de mejora tiene en los profesionales.
- Los indicadores miden la repercusión o el impacto que la acción de mejora tiene en la Organización.

DESARROLLO:

- La acción de mejora está adecuadamente implementada en todos los ámbitos descritos en el alcance.



ACTUAR

EVALUACIÓN:

- Se realiza un proceso de evaluación de la mejora implantada y los resultados obtenidos.
- En el proceso de evaluación participan los principales responsables del proceso y el equipo directivo.
- Se evalúa el rendimiento de los grupos de trabajo.

FEEDBACK - RETROALIMENTACIÓN:

- Se difunden los resultados entre las partes interesadas: usuarios, profesionales y Organización.

TOMA DE DECISIONES:

- Se establecen las correcciones necesarias y se incorporan en un nuevo ciclo de mejora aquellas acciones que lo precisen.
- Se proponen nuevas acciones de mejora a raíz de aquéllas cuyo resultado no haya sido el esperado.

VIGENCIA:

- Se precisa dar continuidad a la acción implementada o ha tenido un carácter puntual y suficiente para la consecución del objetivo propuesto.

Anexo IV: Preguntas frecuentes

- **¿Qué es una acción de mejora?**

Una iniciativa puesta en marcha para solucionar un problema detectado o incorporar una acción innovadora al desarrollo de un procedimiento determinado, suponiendo un beneficio para el sistema de gestión de la calidad en cualquiera de sus esferas (usuario, profesional y Organización); como ejemplos podemos citar:

- Realizar acciones formativas con los profesionales sobre el manejo correcto de EPIs en cada tipo de aislamiento (características, elección adecuada, colocación, retirada, eliminación,...).
- Sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de la notificación de errores en el proceso asistencial.
- Diseñar una estrategia para concienciar a los profesionales sobre la importancia del registro y análisis de las incidencias que se producen en un servicio.
- Realizar las modificaciones necesarias para mejorar la accesibilidad de las personas con discapacidad al centro hospitalario.
- Sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de estar correctamente identificados.
- Diseñar líneas de participación para los usuarios en el ámbito del mantenimiento de autocuidados al alta, educación para la salud y apoyo a los cuidadores.
- Realizar acciones que mejoren la intimidad para los pacientes en la sala de espera.



- **¿Quién puede proponer una acción de mejora?**

Cualquier profesional, usuario o la propia Organización puede proponerla a través de los canales que tengan descritos a tal efecto (comunicación a mandos intermedios, hojas de reclamación, sugerencias o agradecimientos, acuerdos de comisiones hospitalarias, iniciativas exitosas de otros centros hospitalarios, etc.). En muchas ocasiones es el profesional que está más cerca del desarrollo de la actividad sanitaria, quien tiene más elementos sobre cómo mejorar el proceso o quien puede escuchar de boca del paciente las sugerencias de mejora y transmitirlos sin convertirlo en un proceso burocrático.

- **¿Cómo se puede detectar una acción de mejora?**

Se tomará como fuente principal el resultado de la Evaluación GECCAs (informe de puntos fuertes y oportunidades de mejora del hospital, informe de experiencia de paciente, reunión final en la que se proporciona el *feedback* de la evaluación al equipo directivo, estándares básicos parcialmente cumplimentados o no básicos

sin cumplimiento, etc.). Sin embargo, cualquier otra fuente podrá aportar positivamente en la detección de las mismas: desviaciones encontradas en otras auditorías (ISO, SINOC, *Joint Commission*, auditorías internas,...), cualquier deficiencia detectada por los profesionales, quejas o sugerencias de los pacientes y resto de usuarios, etc.

- **¿Las acciones de mejora deben cumplir las expectativas de la planificación para que sean valoradas?**

No, se valorará positivamente toda acción correctamente planteada y que se haya trabajado para alcanzar los objetivos propuestos, aunque los resultados no sean los esperados en cualquiera de las esferas (usuarios, profesionales y Organización). Ej.: a pesar de la renovación de la cartelería para higiene de manos, no se consigue un aumento relevante en el porcentaje de profesionales y usuarios que lo interioricen en su rutina.

- **¿Todas las acciones de mejora han de tener indicadores?**

No necesariamente; muchas iniciativas son altamente efectivas y conllevan resultados beneficiosos en cualquier esfera y son de carácter cualitativo, por lo que su implantación e impacto se podrán reflejar a través de otras metodologías a elegir por el centro (monitorización, encuesta a profesionales o pacientes,...). Ej.: mejora en la señalización vertical de las plazas de aparcamiento adaptadas.

- **¿Qué coste tienen las acciones de mejora y qué beneficios aportan?**

En la fase de planificación (Plan) se valoran los recursos económicos, materiales y humanos para llevar a cabo la acción de mejora. Algunas pueden suponer una gran inversión para el centro hospitalario, por eso adquiere especial relevancia la valoración del impacto o los beneficios que su puesta en marcha supuso en la atención sanitaria. Sin embargo, hay acciones de mejora que no precisan grandes inversiones ni recursos, pero aportan un gran valor a la calidad y seguridad del paciente.

- **¿Las acciones de mejora se realizan únicamente para la Evaluación de seguimiento GECCAs?**

No, el propósito es que el centro hospitalario dé continuidad a su trabajo en las acciones de mejora, cerrando un ciclo PDCA y abriendo otro para cada una de ellas.

- **¿Las acciones de mejora van a ser valoradas también en la Evaluación GECCAs?**

Sí, además de ser valoradas en las monitorizaciones de continuidad, lo serán también en todas las Evaluaciones GECCAs.

- **¿A quién puede aportar beneficio una acción de mejora?**

Las acciones de mejora se diseñan e implementan con la finalidad de que aporten beneficio en algún aspecto de la atención sanitaria. Esto puede repercutir de forma positiva en usuarios, profesionales y en la propia organización sanitaria. En ocasiones puede tener un efecto positivo en los tres ámbitos citados.

- **¿Cómo medir los beneficios que aportan las acciones de mejora?**

Se miden valorando la consecución de los objetivos inicialmente planteados, de una forma sencilla a través de los resultados obtenidos. En algunas ocasiones puede ser a través de indicadores numéricos, en otras a través de entrevistas a profesionales o usuarios.

- **¿Las acciones de mejora siempre aportan beneficios a la atención sanitaria?**

No siempre, aunque estén pensadas para que mejoren alguno de los estándares de calidad, a veces pueden no cumplir con los objetivos para los que están diseñadas. Por esta razón es importante la valoración de las mismas para reformularlas si fuese necesario. Es fundamental conocer los resultados de las mismas, evitando realizar atribuciones en base a criterios no basados en evidencia.



- **¿Qué se debe hacer cuando una acción de mejora no cumpla con los objetivos o los resultados de las monitorizaciones arrojen malos resultados?**

El proceso de valoración de la acción de mejora aporta al equipo directivo del centro hospitalario información que le facilita la toma de decisiones. Si estos datos no son adecuados se puede rediseñar o modificar la acción de mejora, los objetivos, los indicadores, etc.