
Tesis doctoral

Desarrollo de estándares para Unidades de Calidad de centros sanitarios.

Andreu Aloy Duch

Aquesta tesi doctoral està subjecta a la licència [Reconeixement-NoComercial-](#)



[SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](#)

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](#)

This doctoral thesis is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](#)

Tesis doctoral

Desarrollo de estándares para Unidades de Calidad de centros sanitarios.

Andreu Aloy Duch

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut.

Universitat Internacional de Catalunya, 2022.



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la licència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This doctoral thesis is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Desarrollo de estándares para Unidades de Calidad de centros sanitarios

Autor: **Andreu Aloy Duch**

Memoria para optar al grado de Doctor por la
Universitat Internacional de Catalunya

Directores:

**Dr. Joan Maria Ferrer Tarrés,
y Dr. Rafael Lledó Rodríguez**

Programa de doctorado.

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Línea de Investigación traslacional, clínica y aplicada

Universitat Internacional de Catalunya 2022



Índice.

Índice.	5
Certificaciones.	11
Conformidad con la presentación de la tesis.	11
Conformidad del comité de investigación.	13
Índice de tablas.	15
Índice de figuras.	17
Abreviaturas y siglas.	19
Dedicatorias.	21
Agradecimientos.	23
Colaboradores.	25
Financiación.	29
Conflictos de interés.	29
Justificación del estudio de investigación.	31
Resumen de la Tesis Doctoral.	33
Resum de la Tesi Doctoral.	37
Doctoral Thesis Abstract.	41
1. Introducción.	45
2. Marco teórico.	49
2.1. Calidad asistencial.	51
Concepto clave 1º, sobre la “calidad asistencial”.	53
2.2. Dimensiones de la calidad.	53
Concepto clave 2º, “las dimensiones de la calidad asistencial”.	56
2.3. Estándares.	56
2.3.1. Definiciones de “criterio”, “indicador”, y “estándar”.	57
2.3.2. Estándar, como sinónimo de “criterio”, en acreditación.	58
2.3.3. Definición de “validez”.	59
Concepto clave 3º, elaboración y características de los estándares.	60
2.4. Categorías o criterios: estructura formal para los estándares.	61
2.4.1. Calidad Total y sus principios.	61
2.4.2. Principios universales de gestión de la calidad en ISO.	61
2.4.3. Los 9 criterios del modelo EFQM – 2013 y el actualizado 2020.	62

2.4.4.	<i>La categorización de los estándares en la JCHAO.</i>	63
	Concepto clave 4º, sobre las categorías para los estándares.	65
2.5.	Ciclo de Mejora Continua.	65
2.5.1.	<i>Ciclo de Mejora Continua. Modelo EFQM: lógica REDER.</i>	67
2.5.2.	<i>Ciclo de Mejora Continua. Acreditación de la JCAHO.</i>	68
2.5.3.	<i>Ciclo de Mejora Continua. ISO 9001.</i>	69
2.5.4.	<i>Ciclo de Mejora Continua. Metodología LEAN HEALTHCARE.</i>	70
2.5.5.	<i>Ciclo de Mejora Continua. Acreditación en Cataluña.</i>	72
2.5.6.	<i>Ciclo de Mejora Continua. Metodología SIX SIGMA: DMAIC.</i>	72
	Concepto clave 5º, sobre el Ciclo de Mejora Continua.	73
2.6.	Modelos internacionales de calidad: acreditación y certificación.	73
	Concepto clave 6º, sobre la acreditación y la certificación.	77
2.7.	Sistemas de evaluación de la calidad en Europa y España.	77
	Concepto clave 7º, sobre los sistemas de evaluación de la calidad.	80
2.8.	Unidades de Calidad (UCAL).	80
2.8.1.	<i>Introducción.</i>	80
2.8.2.	<i>Definición.</i>	81
2.8.3.	<i>Las funciones de las “Unidades de Calidad” en España.</i>	81
	Concepto clave 8º, sobre las Unidades de Calidad.	82
2.9.	Estándares para las Unidades de Calidad: temática singular.	83
	Concepto clave 9º, sobre estándares en Unidades de Calidad.	83
2.10.	Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	83
	Concepto clave 10º, sobre el papel de la SECA.	85
2.11.	Diez puntos clave, resumen del marco teórico.	85
3.	Hipótesis de trabajo y objetivos del estudio.	87
3.1.	Hipótesis.	89
3.2.	Objetivos.	89
4.	Metodología.	91
4.1.	Tipo de estudio.	93
4.2.	Población.	93
4.3.	Comité científico e investigador principal.	93
4.4.	Metodología para el objetivo 1.	95
4.4.1.	<i>Elaborar y consensuar los estándares.</i>	97
4.4.1.1.	Propuesta del comité científico: listado 1.º de estándares.	97
4.4.1.2.	Panel de expertos 1. Consenso con el método Metaplan.	98
4.4.1.3.	Revisar y reagrupar los estándares del Metaplan.	98
4.4.1.4.	Consensuar los estándares mediante la técnica Delphi.	99
4.4.2.	<i>Categorizar y validar los estándares. Panel de expertos 3.</i>	100

4.4.2.1.	Categorización definitiva de los estándares.	100
4.4.2.2.	Estudio de simulación para validar estándares.	102
4.4.2.3.	Validar los estándares elaborados.	103
4.4.2.4.	Soporte de la evidencia científica a los estándares.	104
4.4.3.	<i>Variables resultantes sobre el objetivo 1.</i>	108
4.4.4.	<i>Análisis estadístico.</i>	108
4.5.	Metodología para el objetivo 2.	111
4.5.1.	<i>Programa informático.</i>	111
4.5.1.1.	Sistema de puntuación: bases.	111
4.5.1.2.	Ponderación de los estándares.	113
4.5.1.3.	Pruebas de la base de datos en Excel	113
4.5.2.	<i>Variables.</i>	113
4.6.	Metodología para el objetivo 3.	115
4.6.1.	<i>Estudio piloto multicéntrico. Implementación de estándares.</i>	116
4.6.2.	<i>Metodología y componentes del estudio piloto multicéntrico.</i>	116
4.6.2.1.	Validez de los estándares: estudio piloto multicéntrico.	117
4.6.3.	<i>Variables.</i>	118
4.6.4.	<i>Análisis estadístico.</i>	119
4.7.	Otras metodologías.	119
4.7.1.	<i>Análisis de los resultados. 3ª revisión de los estándares.</i>	119
4.7.2.	<i>Variables.</i>	119
5.	Consideraciones éticas.	121
	Consentimiento informado.	123
	Recursos para la investigación y competencia. Investigador principal.	123
6.	Resultados.	125
6.1.	Resultados para el objetivo 1.	127
6.1.1.	<i>Resultados: elaboración y consenso de los estándares.</i>	127
6.1.1.1.	Listado 1º de estándares propuestos y categorización.	127
6.1.1.2.	Metaplan: participantes y estándares consensuados.	129
6.1.1.3.	Revisión de los estándares del Metaplan (1ª revisión).	133
6.1.1.4.	Consenso con la técnica Delphi. Panel de expertos 2.	134
6.1.1.5.	Validez y fiabilidad de los 110 estándares del Delphi.	138
6.1.2.	<i>Resultados: revisar el estudio Delphi, categorizar y validar.</i>	140
6.1.2.1.	2ª revisión de los estándares. Panel de expertos 3.	140
6.1.2.2.	Denominación definitiva de las categorías de estándares.	143
6.1.2.3.	Estudio de simulación: validez de los 96 estándares.	144
6.1.2.4.	Evidencia científica de los estándares finales: bibliografía.	147
6.2.	Resultados para el objetivo 2.	151
6.2.1.	<i>Programa y sistema de puntuación: “agentes facilitadores”.</i>	151
6.2.2.	<i>Programa y sistema de puntuación: “resultados”.</i>	154
6.2.3.	<i>Algoritmo para el sistema de puntuación parcial.</i>	157
6.2.4.	<i>Algoritmo para el sistema de puntuación global y final.</i>	160

6.3.	Resultados para el objetivo 3.	165
6.3.1.	<i>Estudio multicéntrico: características de los centros.</i>	165
6.3.1.1.	Centros participantes.	165
6.3.1.2.	Características de los centros participantes.	167
6.3.2.	<i>Resultados. Implementación de los estándares.</i>	169
6.3.2.1.	Resultados obtenidos en el estudio piloto multicéntrico.	169
6.3.2.2.	Análisis de validez.	174
6.3.3.	<i>Estándares resultantes del estudio piloto en los centros.</i>	175
6.3.3.1.	3ª revisión del comité científico.	175
6.3.3.2.	Propuesta definitiva de estándares.	176
7.	Discusión.	177
7.1.	Discusión por objetivos.	179
7.1.1.	<i>Objetivo 1. Elaborar, consensuar, categorizar y validar estándares.</i>	179
7.1.2.	<i>Objetivo 2. Elaborar un programa informático con los estándares.</i>	187
7.1.3.	<i>Objetivo 3. Estudio piloto multicéntrico.</i>	189
7.2.	Discusión general.	193
	Metodologías de la investigación.	194
	Comité científico y paneles de expertos.	195
	Estándares elaborados definitivos.	195
	Validez de los estándares.	198
	Evidencia científica.	198
	Sistema de estándares.	199
	Unidades de Calidad.	200
	Acreditación.	201
8.	Limitaciones y fortalezas del estudio.	203
9.	Aplicación práctica y líneas de investigación futuras.	207
10.	Conclusiones.	211
11.	Anexos.	215
	Anexo 1. Formulario Delphi, y consentimiento informado.	217
	Anexo 2. Carta de compromiso. Estudio multicéntrico piloto.	227
	Anexo 3. Consentimiento informado. Estudio multicéntrico.	229
	Anexo 4. Manual del estudio piloto de estándares.	231
	Anexo 5. Listado 1º de 204 estándares propuestos por el comité.	233
	Anexo 6. Estándares consensuados y propuestos con el Metaplan.	241
	Anexo 7. Estándares resultantes del Metaplan. 1ª revisión.	247
	Anexo 8. Consenso Delphi. 1ª ronda (I).	253
	Anexo 9. Resultados estadísticos del consenso Delphi: 1ª ronda (II).	261
	Anexo 10. Resultados del consenso Delphi: 2ª ronda (I).	269
	Anexo 11. Resultados del consenso Delphi: 2ª ronda (II).	271
	Anexo 12. Resultados del consenso definitivo Delphi: 2 rondas.	273
	Anexo 13. Estándares. Panel de expertos 3. Reagrupados.	291

	Anexo 14. Evidencia científica. Estándares 2010 – 2021.	301
	Anexo 15. Cumplimiento de cada estándar en los 21 centros.	309
	Anexo 16. Estándares definitivos para las Unidades de Calidad.	313
12.	Glosario.	321
13.	Bibliografía.	329



Certificaciones.

Conformidad con la presentación de la tesis.

Joan M^a Ferrer Tarrés, Director de Calidad, Docencia e Investigación de la Fundació Hospital de Mollet, y **Rafael Lledó Rodríguez**, Director general de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers, ambos profesores de la Universitat Internacional de Catalunya,

CERTIFICAN:

Que el trabajo de investigación con el título “**Desarrollo de estándares para Unidades de Calidad de centros sanitarios**” y del que es autor **Andreu Aloy Duch**, ha sido realizado bajo su dirección y está en condiciones de ser presentado para su lectura y defensa ante el tribunal correspondiente para optar al grado de Doctor.

Para que así conste, firman el presente documento en Barcelona, a 10 de abril de 2022, los directores:

Dr. Joan Maria Ferrer Tarrés

Dr. Rafael Lledó Rodríguez



Conformidad del comité de investigación.


INFORME DEL COMITÈ DE RECERCA

La Dra. Diana Navarro Llobet, Cap de l'Àrea de Recerca i Innovació de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers, i actuant com a presidenta del Comitè de Recerca de la institució,

CERTIFICA

- Que el Comitè de Recerca ha avaluat la proposta del projecte de Tesi titulat "Investigación cualitativa multicèntrica para el desarrollo de un modelo de acreditación mediante estándares para unidades de Calidad de centros sanitarios" proposat pel Dr. Andreu Aloy, de la Direcció de Qualitat i Planificació de l'Hospital General de Granollers, corresponent a la convocatòria de 10 de Maig de 2018.
- Que el Comitè de Recerca ha avaluat l'estudi favorablement a efectes de presentació i viabilitat de l'esmentat projecte.
- Que el centre disposa de les instal·lacions i els mitjans apropiats per a desenvolupar el projecte.

Granollers, a 10 de Maig de 2018



Dra. Diana Navarro
Presidenta del Comitè de Recerca



Índice de tablas.

Tabla 1. Comparación entre las dimensiones de la calidad y los modelos de calidad.	64
Tabla 2. Comparativa de los sistemas internacionales de la gestión de la calidad.	75
Tabla 3. Reuniones de Coordinadores de Calidad (SECA).	84
Tabla 4. Sistemas de acreditación de la calidad.	101
Tabla 5. Categorización de algunos de los modelos de calidad.	101
Tabla 6. Herramienta GRADE.	106
Tabla 7. Herramienta GRADE-CERQual	107
Tabla 8. Comunidades autónomas participantes en el método Metaplan.	130
Tabla 9. Ámbitos de trabajo de los participantes en el método Metaplan.	130
Tabla 10. Categorías profesionales de los participantes en el método Metaplan.	131
Tabla 11. Estructuras de calidad existentes de los participantes en el método Metaplan.	131
Tabla 12. Cargo profesional de los participantes en el método Metaplan.	131
Tabla 13. Horas dedicadas a las Unidades de Calidad.	132
Tabla 14. Comunidades autónomas de los participantes en el Delphi.	135
Tabla 15. Ámbitos de trabajo de los participantes en el Delphi.	135
Tabla 16. Categorías profesionales de los participantes en el Delphi.	136
Tabla 17. Estructuras de calidad existentes de los participantes en el Delphi.	136
Tabla 18. Cargo profesional en las Unidades de Calidad de los participantes en el Delphi.	136
Tabla 19. Horas de dedicación a las Unidades de Calidad de los participantes en el Delphi.	137
Tabla 20. Validez de constructo. Coeficientes alfa de Cronbach e intraclase.	139
Tabla 21. Comunidades autónomas de los participantes en el taller de simulación.	144
Tabla 22. Validez de contenido y apariencia. Prueba binomial.	145
Tabla 23. Validez de criterio. Análisis de la sensibilidad y especificidad.	146
Tabla 24. Evidencia científica de soporte a los estándares.	148
Tabla 25. Herramientas GRADE y GRADE-CERQUAL.	148
Tabla 26. Prueba binomial sobre la evidencia científica.	149
Tabla 27. Fórmulas para el cálculo parcial de cada categoría (I).	158
Tabla 28. Fórmulas para el cálculo parcial de cada categoría (II).	159
Tabla 29. Fórmulas para el cálculo de la puntuación final.	164
Tabla 30. Comunidades autónomas participantes en el estudio piloto multicéntrico.	165
Tabla 31. Áreas de atención en los centros participantes (estudio piloto multicéntrico).	166
Tabla 32. Cartera de servicios de los centros participantes en el estudio piloto.	169
Tabla 33. Prueba de Shapiro-Wilk para las medias de cumplimiento global de cada centro.	170
Tabla 34. Prueba de t de Student en el cumplimiento de los centros.	170
Tabla 35. Prueba de Shapiro-Wilk para las medias de cumplimiento de cada estándar.	171
Tabla 36. Prueba Kruskal-Wallis para el cumplimiento de estándares por categorías.	171
Tabla 37. Prueba de Levene para evaluar la igualdad o no de varianzas.	172
Tabla 38. Prueba de Kruskal-Wallis. Comparativa entre Comunidades autónomas.	172
Tabla 39. Prueba de Shapiro-Wil. Medias de cumplimiento. Ámbitos asistenciales.	173
Tabla 40. Prueba T para muestras independientes. Comparativa.	173
Tabla 41. Comprensión y justificación de los estándares en el estudio piloto multicéntrico.	174
Tabla 42. Comprensión de los estándares, antes y después del estudio piloto multicéntrico.	174
Tabla 43. Justificación de los estándares, antes y después, del estudio piloto multicéntrico.	175



Índice de figuras.

Figura 1. Participantes en la calidad.	52
Figura 2. Dimensiones de la calidad.	55
Figura 3. Agrupación y resumen de las dimensiones de la calidad.	56
Figura 4. Círculo de PDSA, PDCA o de Shewhart.	66
Figura 5. Esquema REDER. Modelo EFQM 2013.	68
Figura 6. Representación de la estructura de esta norma internacional en el ciclo de PDCA.	70
Figura 7. Herramienta “A3” de LEAN HEALTHCARE.	71
Figura 8. Metodología SIX SIGMA.	73
Figura 9. Mapa con los principales sistema o modelos de Calidad asistencial.	79
Figura 10. Resumen de la metodología del estudio de investigación.	94
Figura 10 (a). Resumen de la metodología para el objetivo 1.	96
Figura 10 (b). Resumen para el objetivo 2.	111
Figura 10 (c). Resumen para el objetivo 3.	115
Figura 11. Investigación de la evidencia con los sistemas GRADE y GRADE-CERQual.	147
Figura 12. Sistema de puntuación (“agentes facilitadores”, categorías del 1 al 5) (I).	151
Figura 13. Sistema de puntuación (“agentes facilitadores”, categorías del 1 al 5) (II).	152
Figura 14. Sistema de puntuación (“agentes facilitadores”). No cumplimiento.	152
Figura 15. Sistema de puntuación (“agentes facilitadores”). Cumplimiento.	153
Figura 16. Sistema de puntuación (“agentes facilitadores”). Cálculo.	153
Figura 17. Parámetros a evaluar en las categorías de la 6 a la 9, de “resultados”.	154
Figura 18. Sistema de puntuación de cada estándar (“resultados”, categorías del 6 al 9).	155
Figura 19. Sistema de puntuación (“resultados”). No cumplimiento.	156
Figura 20. Sistema de puntuación (“resultados”). Cumplimiento.	156
Figura 21. Sistema de puntuación (“resultados”). Cálculo.	157
Figura 22. Sistema de puntuación. Variables para el algoritmo de fórmulas.	163
Figura 23. Centros participantes en el estudio piloto multicéntrico de los estándares.	165
Figura 24. Ámbitos de asistencia de los 21 centros participantes.	167
Figura 25. Cumplimiento de los centros en el estudio piloto multicéntrico.	169



Abreviaturas y siglas.

En la presente tesis doctoral se han utilizado las siguientes abreviaturas que se describen a continuación en orden alfabético.

- **AQuAS:** Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña.
- **CCAA:** Comunidades Autónomas.
- **EFQM:** European Foundation for Quality Model.
- **ENAC:** Entidad Nacional de Acreditación.
- **GRADE:** *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.*
- **GRADE-CERQual:** GRADE – *Confidence in Evidence from Reviews of Qualitative research.*
- **ISO:** International Organization for Standardization.
- **JCAHO:** Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- **MIR:** Médicos Internos Residentes.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud. Ver WHO.
- **PDCA o PDSA:** Ciclo de mejora continua. PLAN-DO-CHECK-ACT o PLAN-DO-STUDY-ACT.
- **RGPD:** Reglamento general de protección de datos.
- **SCQA:** Societat Catalana de Qualitat Assistencial.
- **SECA:** Sociedad Española de Calidad Asistencial.
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud.
- **SPSS:** *Statistical Package for the Social Sciences.*
- **UCAL:** Unidad o Unidades de Calidad.
- **UFCASP:** Unidades Funcionales de Calidad y Seguridad del Paciente.
- **WHO:** “World Health Organization”. Ver OMS.



Dedicatorias.

A mis padres, Andreu y Magda, porque siempre me apoyaron en mi vida personal y profesional.

A mis hijos, Elisabet, Bernat y Roger, porque me han mantenido siempre atento y en activo, emocional y académicamente.

Y a Elisenda, pareja y amiga, por su paciencia, afecto, apoyo y estímulo constantes.



Agradecimientos.

A mis directores de tesis, Dr. Joan M^a Ferrer Tarrés y Dr. Rafael Lledó Rodríguez, expertos en calidad asistencial y en gestión de organizaciones sanitarias, que me han motivado en la rigurosidad científica y en el trabajo bien hecho.

A Manel Santiñà Vila, presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) entre 2015 y 2019 que impulsa y ha impulsado, incansablemente desde el inicio, el proyecto de acreditación de las Unidades de Calidad, desde el Plan Estratégico de la SECA.

A mis compañeros de la Dirección de Calidad y Planificación del Hospital General de Granollers, Jordi Cuquet Pedragosa, Demelza Maldonado López, Eloisa Micó Reyes, Isabel Jimenez García y Anna Oliver Lloreda, profesionales que siempre han estado a mi lado; y, especialmente, a Rosa Sabater Raga (subdirectora, experta en calidad y participante directa en el proyecto), y al Dr. Josep M^a Badia Pérez (por su experiencia académica en muchos campos de la medicina).

A mis compañeros de la dirección de mi centro, Rafael Lledó Rodríguez, Carles Pla Poveda, Carles Rúbies Feijoo, Marina Clarambo Semis, Mònica Botta Santaswana, Saray Alen Gobernado, Carme Tusquellas Oto y Anna Ferrés Soler, a todos ellos por su competencia y profesionalidad, y que siempre me mantienen alerta.

A mis compañeros de profesión, coordinadores de muchas de las Unidades de Calidad de centros sanitarios españoles, que participaron con motivación y proactividad en los paneles de expertos para desarrollar los estándares.

A mis compañeros de la *Societat Catalana de Qualitat Assistencial* entre 2015 y 2018, que constituyeron el comité científico inicial del proyecto.

A mis compañeros de las juntas directivas de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, que creyeron y promovieron el proyecto para establecer un sistema de acreditación mediante estándares y, en especial a Silvia Suárez, gerente de Azul Congresos, responsable de la secretaria técnica de la SECA, por su eficiencia y soporte en la organización de las jornadas de coordinadores realizadas.

A Ángel Antonio Hernández Borges presidente en aquel período de la Asociación Canaria de Calidad Asistencial (ACCA) que, en la 9^a reunión de coordinadores de calidad en Las Palmas de Gran Canaria del 16 de abril de 2016 a las 12 horas, en uno de los descansos, me inculcó la idea de transformar el proyecto de estándares en mi tesis doctoral.

Y, por último, a nuestros pacientes, usuarios y ciudadanos que son, en definitiva, la razón de ser de nuestro trabajo diario.

Colaboradores.

Comité científico. Profesionales desde 2015 hasta 2018 (orden alfabético):

1. Alonso Calo, Laureano.
2. Aloy Duch, Andreu.
3. Apezetxea-Celaya, Antxón.
4. Arbusà Gusi, Ignasi.
5. Arenas i Prat, Maria.
6. Bueno Dominguez, Maria Jose.
7. Carpena Hernández, Ana.
8. Fortuny i Organs, Biel.
9. Gens Barbera, Montserrat.
10. Juanpere i Magrané, Cori.
11. Llana Velasco, Maria Eugenia.
12. Llinas Vidal, Montserrat.
13. Oliveras Gil, Montserrat.
14. Ramos D'angelo, Fernando.
15. Santiñà Vila, Manel.
16. Torras Boatella, Maria Gloria.
17. Vidal Milla, Àngel.

Participantes en los 5 paneles de expertos. Coordinadores de Unidades de Calidad. Sociedad Española de Calidad Asistencial entre 2016 y 2018 (orden alfabético):

18. Alcaraz Martínez, Julián.
19. Alcázar Casanova, Félix.
20. Álvarez-Ossorio García De Soria, Reyes.
21. Andino Palacios, Adelaida.
22. Asensio Blasco, M. Esther.
23. Bada Sanchez, Milagros.
24. Baeza Ransanz, Teodora.
25. Ballester Roca, Mònica.
26. Baxarias Gascón, Pilar.
27. Benito Garcia, Pelayo.
28. Blanch Obiols, Aina Maria.
29. Bujalance Oteros, Manuela.
30. Cabré Ollé, Xavier.
31. Callejo Gonzalez, Laura.
32. Campuzano Garcia, Jose Luis.
33. Cañibano Diez, Susana.
34. Cantón Álvarez, Maria Belén.
35. Carrera Goula, Raquel.
36. Concha León, Esther.
37. Contessotto Spadetto, Claudio.
38. Cuesta Peredo, David.
39. Dalmau Vidal, Susana.
40. Davins Miralles, Josep.
41. De La Torre Gálvez, Isabel María.
42. Del Oso Moran, Juan.
43. Duque Arimany, Javier Hugo.
44. Esperón Chacel, Gemma.
45. Esteban Moreno, Maria Ángeles.
46. Fernandez Gonzalez, Bernabé.
47. Fernandez Tamargo, Eva.
48. Gallardo Gonzalez, Monica.
49. Garcia Flores, Ángeles.
50. Garcia Perez, Mònica.
51. Gimeno Ruberte, Carmen.
52. Giraldo Matamoros, Priscila.
53. Gonzalez Fernandez, Maria Ángeles.
54. Gonzalez Iglesias, Ignacio.
55. Gonzalez Mateos, Maria Jesús.
56. Gonzalez Revalderia, Joaquín.
57. Grande Muñoz, Marga.
58. Gutiérrez Sequera, José Luís.
59. Hernández Borges, Ángel.
60. Hernández Méndez, Solanger.
61. Hernández Vidal, Nuria.
62. Hernández Villén, Olivia.
63. Herranz González, Vicente.
64. Hilarión Madariaga, Pilar.
65. Iglesias Casas, Cesar.
66. Ignacio Garcia, Emilio.
67. Illobre Tallón, Paula.
68. Juliani Izquierdo, Pablo.
69. Llana Velasco, Maria Eugenia.
70. Lopez Ortiz, Monica.
71. Lorenzo Martinez, Susana.
72. Lucas Imbernón, Francisco Javier.
73. Marco Franco, Javier.
74. Martin Rodriguez, Maria Dolores.
75. Martinez Mourín, Cristina.
76. Menéndez Fraga, M^a Dolores.
77. Mereño Rivera, Maria Dolores.
78. Mérida Fernandez, Sara.
79. Merino Plaza, Maria Jose.
80. Mompó Avilés, Carme.
81. Montoliu Valls, Rosa M.
82. Montserrat Capella, Maria Dolors.
83. Mozota Duarte, Julián.
84. Muñoz Sanchez, Manuela.
85. Narbona Rodriguez, Francisco Javier.
86. Ortiz De Landazuri Lafoz, Alba.
87. Ortiz Otero, Maria Mercedes.
88. Palomino Martinez, Ana.

-
- 89. Pareja Rossell, Clara.
 - 90. Peña Garcia, Marta.
 - 91. Perez Boillo, Maria Jose.
 - 92. Perez Garcia, Maria Àngels.
 - 93. Pinillas Gutsens, Nuria.
 - 94. Pinzón Pulido, Sandra Arlette.
 - 95. Pozo Muñoz, Francisco.
 - 96. Reyes Alcázar, Victor.
 - 97. Ríos Perez, Ana.
 - 98. Robles Antúnez, Maria Dolores.
 - 99. Roca Bergantiños, Maria Olga.
 - 100. Roca Oñate, Maria Lucrecia.
 - 101. Rodriguez Cala, Ana.
 - 102. Rodriguez Castaño, Monica.
 - 103. Ron Martínez, Noelia.
 - 104. Rubin Gallinar, Maria Elvira.
 - 105. Ruiz Moreno, Javier.
 - 106. Sabater Raga, Rosa Maria.
 - 107. Salazar De La Guerra, Rosa Maria.
 - 108. Sanchez Navarro, Blas Antonio.
 - 109. Sanchez Olivares, Juan.
 - 110. Santiago García, Carmen.
 - 111. Santo Tomás Pajarrón, Alberto.
 - 112. Serrallonga Mercader, Marta.
 - 113. Sienes Sierra, Carolina.
 - 114. Tejedor Sanchez, Angélica.
 - 115. Tomas Vecina, Santiago.
 - 116. Torra Ramon, Gema.
 - 117. Trilla Garcia, Antoni.
 - 118. Turón Alcaine, Jose M^a.
 - 119. Valverde Citores, Rosa.
 - 120. Vázquez Rueda, M^a Milagros.
 - 121. Vázquez Valdés, Fernando.
 - 122. Vegas Miguel, Alberto.
 - 123. Yáñez Gonzalez, Iría Maria.

Centros y coordinadores participantes en el estudio piloto de los estándares (orden alfabético).

- 1. Área II de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Coordinadora: M^a Dolores Meroño.
- 2. Área Sanitaria IV Asturias. Coordinadora: Laureano Alonso.
- 3. Área Sanitaria Valladolid Oeste (Hospital Universitario Río Hortega). Coordinador: Alberto Vegas.
- 4. Departamento de Salud Valencia - Hospital general. Coordinador: Javier Marco.
- 5. Dirección de Atención Primaria Camp de Tarragona. Coordinadora: Montserrat Gens.
- 6. Fundació Hospital de Sant Celoni. Coordinadora: Lucrecia Roca.
- 7. Fundació Puigvert. Coordinadora: Pilar Baxarias.
- 8. Gerencia del Área de Salud VI. Servicio Murciano de Salud. Coordinador: Julián Alcaraz.
- 9. Hospital Clínic de Barcelona. Coordinador: Antoni Trilla.
- 10. Hospital de Fuenlabrada. Coordinadora: Mercedes Ortiz.
- 11. Hospital General Granollers. Coordinadora: Rosa M^a Sabater.
- 12. Hospital Jarrío. Coordinadora: M^a Eugenia Llaneza.
- 13. Hospital Universitari General de Catalunya. Coordinadora: Esther Concha.
- 14. Hospital Universitari Germans Trías i Pujol. Coordinadora: Mònica Ballester.
- 15. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. Coordinadora: Olivia Hernández.
- 16. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Coordinador: Susana Lorenzo.
- 17. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Coordinadora: Dolors Montserrat.
- 18. Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant. Coordinadora: Mónica García.
- 19. Institut Català d'Oncologia. Coordinador: Ana Carpena.
- 20. MARINA SALUD S.A (Departamento de Salud de Denia). Coordinador: Biel Fortuny.
- 21. Organización sanitaria integrada Bilbao Basurto, Osakidetza. Coordinador: Antonio Apezetxea.

Miembros de las Juntas directivas de la Sociedad Española de Calidad Asistencial entre 2015 y 2019 (orden alfabético):

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| 1. Aloy, Andreu. | 13. Mora, Carlos. |
| 2. Abad, Jose María. | 14. Muñoz, M ^a Antonia. |
| 3. Abellán, García Clara. | 15. Pérez, Carmen. |
| 4. Alcaraz, Manuel. | 16. Ramos, Fernando. |
| 5. Álvarez-Ossorio, Reyes. | 17. Reyes, Victor. |
| 6. Astier, Pilar. | 18. Salazar, Rosa. |
| 7. Carreras, Mercedes. | 19. Santiñà, Manel. |
| 8. Gomis, Rafael. | 20. Suarez, Silvia. |
| 9. Hernández, Ángel. | 21. Torijano, M ^a Luisa. |
| 10. Herranz, Vicente. | 22. Valverde, Rosa. |
| 11. Lorenzo, Susana. | 23. Vázquez, Fernando. |
| 12. Mira, José Joaquín. | 24. Vidal, Àngel. |

Responsables de la línea estratégica 1^a A2 de las Juntas directivas de la Sociedad Española de Calidad Asistencial entre 2016 y 2019, respectivamente (orden alfabético):

1. Aloy Duch, Andreu (investigador principal).
2. Ramos D'Angelo, Fernando.

Asesor del Hospital general de Granollers – Hospital Universitario para el desarrollo de la base de datos del programa informático:

1. Javier Moraté Cañizares. Ingeniero informático.

Asesoría estadística del Hospital general de Granollers – Hospital Universitario:

1. Francesc Miras Rigol. Bioestadístico.

Financiación.

En algunas de las actividades descritas en este trabajo de tesis doctoral, la Sociedad Española de Calidad Asistencial ha colaborado en la organización de las reuniones anuales españolas de coordinadores de calidad, subvencionando los gastos de las mismas desde 2015 hasta 2017.

El diseño del estudio, la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los datos, preparación, revisión y aprobación de los manuscritos han sido exclusivamente del autor.

Conflictos de interés.

El autor de la investigación declara que no existe ningún tipo de conflicto de intereses de carácter económico, profesional o personal en el proyecto presentado, que pudiera influir indebidamente y pretendiera prevalecer sobre la finalidad propia de la investigación.



Justificación del estudio de investigación.

La calidad asistencial ha estado presente siempre en mi vida profesional desde mi especialidad privilegiada de médico internista.

Con una mirada holística hacia el paciente en equipos interdisciplinarios con las distintas especialidades y profesionales, siempre me he orientado a evaluar mi trabajo mediante estándares e indicadores, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y experiencia del paciente en los centros en los que he trabajado.

La oportunidad de ser socio de la *Societat Catalana de Qualitat Assistencial* y de la Sociedad Española de Calidad Asistencial desde el año 1992 y participar en las actividades, jornadas y congresos organizados por ambas sociedades, me proporcionó una visión más amplia de la calidad asistencial.

Por otra parte, a ello contribuyó mi experiencia en liderar equipos de Calidad en el Hospital de Calella, y después desde 2006 en el Hospital General de Granollers, primero como adjunto a la Dirección de Calidad y Desarrollo, y posteriormente como director de la Dirección de Calidad y Planificación, hasta la actualidad.

Las Unidades de Calidad han sido y son imprescindibles en los centros sanitarios y en sus ámbitos: atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria y salud mental. Estas unidades tienen como misión recomendar, aconsejar y orientar al resto de equipos sobre calidad asistencial; incluyendo en la misma, la seguridad clínica, la experiencia y satisfacción del paciente, la calidad científico-técnica, la eficiencia, y la continuidad asistencial, entre otras dimensiones. Y a pesar de que la finalidad de las mismas reside en dar soporte sobre calidad asistencial a otros, las propias Unidades de Calidad carecen de unos estándares propios de cómo trabajar internamente, “en casa de herrero, cuchillo de palo”.

En las diversas reuniones anuales de coordinadores de calidad organizadas por la Sociedad Española de Calidad Asistencial, se han tratado distintas temáticas relacionadas, como la definición de las funciones del coordinador/a de calidad, las actividades que realizan las Unidades de Calidad, o una aproximación a los indicadores de calidad asistencial. Pero faltaba el último paso, la descripción de unos estándares que orientaran las funciones, las actividades, los resultados y las acciones de mejora, propiamente, de las Unidades de Calidad españolas.

Entre 2015 y 2016 me incorporé como vicepresidente y presidente, respectivamente, de la *Societat Catalana de Qualitat Assistencial* y vocal en la Sociedad Española de Calidad Asistencial, con el propósito de aportar mis ideas y propuestas a las dos sociedades científicas.

Fue durante mi presidencia en la *Societat Catalana de Qualitat Assistencial* cuando a partir del Plan Estratégico de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y de su 1ª línea estratégica A2, se estableció el objetivo de organizar un sistema de acreditación de las Unidades de Calidad españolas a partir de estándares. Así, como responsable designado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial para la misma, tuve la oportunidad de liderarla desde 2015, dirigiendo el comité científico, el panel de expertos, las reuniones

de coordinadores organizadas para ese fin y todas aquellas actividades relacionadas con los estándares, que han ido fructificando en el desarrollo de mi tesis doctoral.

El objetivo de disponer de unos estándares para las Unidades de Calidad reside en poder ofrecer a estos equipos y a sus coordinadores, un conjunto de buenas prácticas y pautas de trabajo a modo de estándares que ofrecieran, también, unos resultados óptimos, homogéneos y evaluables de calidad asistencial.

La presente tesis se estructura a partir de un trabajo de investigación clásico, global y único.

Resumen de la Tesis Doctoral.

Introducción. Los sistemas de salud en el mundo promueven la acreditación de los procesos y prácticas asistenciales, para dar crédito y confianza a los ciudadanos del nivel de calidad de la atención sanitaria. En esta dinámica, son importantes las Unidades de Calidad establecidas, desde hace años, en las organizaciones sanitarias españolas, que asesoran sobre la metodología de la calidad asistencial. Un sistema de evaluación basado en estándares de buena práctica, tal y como ya han elaborado otras sociedades científicas, debería proporcionar a estas Unidades de Calidad las oportunidades de mejora necesarias para el progreso y la innovación, promover la mejora del trabajo de los profesionales y, a través de ellos, obtener resultados óptimos de salud y de experiencia del paciente.

Objetivos. Se han definido tres objetivos diferenciados: 1.º, desarrollar estándares para las Unidades de Calidad de centros sanitarios; 2.º, diseñar un sistema de puntuación para la obtención de un nivel de cumplimiento de dichos estándares, facilitada mediante una base de datos informatizada y 3.º, realizar un estudio piloto multicéntrico para implementar los estándares informatizados, evaluar los resultados obtenidos, y comparar los centros sanitarios españoles entre sí.

Métodos. Se realizó un estudio prospectivo y transversal en dos fases correlativas, entre 2015 y 2018: una primera cualitativa para elaborar los estándares, aplicando el método Metaplan, la técnica Delphi y un estudio de simulación; y una segunda fase cuantitativa de intervención con un estudio piloto multicéntrico para implementarlos.

Los participantes en el estudio fueron profesionales de la mayoría de las comunidades autónomas de España que ejercían el cargo de responsables en Unidades de Calidad de sus organizaciones, actuando en algunos de los ámbitos de atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria o salud mental. Estos, se distribuyeron en 5 grupos de paneles de expertos. Los criterios de selección de los panelistas fueron: acreditar más de 2 años de experiencia como coordinadores de Unidades de Calidad, ser socios de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y, consentir participar voluntariamente en las fases del proyecto de investigación.

Con la técnica Delphi (2 rondas) mediante una escala de Likert, y con el estudio de simulación, se evaluaron los tipos de validez con las pruebas estadísticas correspondientes: la validez de contenido (estadística descriptiva, rango intercuartílico, índice de validez de contenido, y V de Aiken), de constructo (fiabilidad con los coeficientes alfa de Cronbach y de correlación intraclase), de apariencia (prueba binomial) y de criterio utilizando un “patrón semi-oro” creado artificialmente (sensibilidad y especificidad). Se utilizaron las herramientas GRADE y GRADE-CERQual, para evaluar el soporte de la evidencia científica existente sobre los estándares seleccionados (prueba binomial).

El programa informático con la base de datos, se creó incluyendo un sistema de puntuación basado en el ciclo de mejora continua, con estándares ponderados, y con la obtención de un porcentaje global de cumplimiento.

En el estudio piloto multicéntrico, realizado en 21 centros sanitarios de todos los ámbitos asistenciales y de 7 comunidades autónomas, se revaluó la validez de contenido (prueba binomial), y se compararon los resultados de “comprensión” y “justificación” de los estándares mediante la “prueba de rangos con signo de Wilcoxon” en el pre-y post-estudio piloto multicéntrico.

Resultados. En el primer objetivo, el comité científico propuso un listado 1.º de 204 estándares distribuidos en 9 categorías, que los 99 participantes en el método Metaplan sintetizaron en el listado 2.º con 157 (77%). Con la 1.ª revisión del comité, se redujeron a 110 (listado 3.º), y se aportaron 24 propuestas sobre una futura logística de acreditación.

En las 2 rondas de la técnica Delphi se consensuaron el 33,3% de las propuestas de logística, y el 87,3% de los estándares, con porcentajes de acuerdo $\geq 71\%$, confirmando la validez de contenido. Para la validez de constructo (fiabilidad) se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach $> 0,7$ ($p < 0,001$) en todas las categorías. Con la revisión del panel de expertos 3, se obtuvo el listado 4º con 96 estándares, y se categorizaron mediante los 9 criterios de EFQM.

El estudio de simulación (panel de expertos 4), reafirmó la validez de contenido de los estándares, sobre su “comprensión” (80% se entendían, $p < 0,001$) y la “disponibilidad de evidencias documentales” (84%, $p < 0,001$). Además, se aceptó la validez de apariencia, al referir que el 75% ($p < 0,001$) de ellos “se relacionaban con alguna dimensión de la calidad”.

La validez de criterio se demostró con una sensibilidad del 84,2% (IC 95%: 69,6% - 92,6%), una especificidad del 98,3% (IC 95%: 90,9% - 99,7%), un índice *kappa* de 0,84 ($p < 0,001$), y una Chi cuadrado de Pearson de 69,2 ($p < 0,001$).

Se encontraron evidencias científicas significativas con alta y moderada evidencia ($p = 0,032$) en 59 (13,9%) revisiones sobre la temática de los estándares, un 36% de ellas evaluadas con el GRADE y un 64% con el GRADE-CERQual.

Para el segundo objetivo, los 96 estándares se incluyeron en una base de datos informatizada Excel. El algoritmo de puntuación por estándar, se basó en obtener ≥ 3 sobre 4 variables para considerarlo “APTO”, tanto para las categorías “facilitadoras” de la 1 a la 5 como las de “resultado” de la 6 a la 9 (distribuidas, cada variable, por cuartiles). Las categorías 6 (clientes) y 9 (resultados clave), por su impacto, ponderaban 1,5 respecto al total. El sistema ofrecía un porcentaje único final de cumplimiento global por centro.

En el tercer objetivo, en el estudio piloto multicéntrico participaron 21 centros (panel de expertos 5) de los cuales el 63% eran hospitales, el 48% eran centros de referencia y alta complejidad, y el 76% eran centros públicos. El cumplimiento medio final de todos los centros fue del 55,6%, con una diferencia máxima significativa ($p = 0,002$) entre 11% y 81,6%. Solo el 33% de los centros superó el 70% (estándar provisional propuesto). La media de cumplimiento de los centros por estándar fue de $0,57 \pm 0,26$ ($p = 0,295$), si bien hubo diferencias entre las medias por categorías (Prueba Kruskal-Wallis. Chi-cuadrado: 54,32; $p < 0,0001$). No hubo diferencias entre ámbitos asistenciales ($p = 0,97$), ni por comunidades autónomas ($p = 0,86$). Se confirmó y mejoró la validez de contenido de los estándares sobre su “comprensión” (98%; $p < 0,001$), y la “disponibilidad de

evidencias documentales” (90%; $p < 0,001$), con un incremento de la “comprensión”, antes y después del estudio piloto multicéntrico ($z -3,96$; $p < 0,001$), y la “presencia de evidencias” ($z - 2,24$; $p < 0,025$). En la 3ª revisión por el comité, de los 96 estándares se agruparon hasta concluir con el listado 5º de 88 estándares definitivos.

Conclusiones. El estudio realizado, con la participación interdisciplinaria de profesionales expertos, ha desarrollado unos estándares válidos y fiables, a modo de “recomendaciones de buenas prácticas”.

El sistema de estándares, se ha organizado a partir de una herramienta de evaluación informatizada con el ciclo de mejora continua incorporada, para facilitar las auditorías internas y externas de las Unidades de Calidad.

Los estándares han permitido evaluar el trabajo y el desempeño de Unidades de Calidad de centros sanitarios, de acuerdo a la hipótesis planteada y a los objetivos propuestos. Este sistema debería promover la monitorización de los procesos y de los resultados de estas unidades, la detección de oportunidades e implementación de actividades de mejora, y garantizar el asesoramiento metodológico de los profesionales en la gestión de la calidad.



Resum de la Tesi Doctoral.

Introducció. Els diferents sistemes de salut al món promouen l'acreditació dels processos i pràctiques assistencials, per donar crèdit i confiança als ciutadans del nivell de qualitat de l'atenció sanitària. En aquesta dinàmica, són importants les Unitats de Qualitat establertes, des de fa anys, a les organitzacions sanitàries espanyoles, que assessoren sobre la metodologia de la qualitat assistencial. Un sistema d'avaluació basat en estàndards de bona pràctica, tal com ja han elaborat altres societats científiques, hauria de proporcionar a aquestes Unitats de Qualitat les oportunitats de millora necessàries per al progrés i la innovació, promoure la millora del treball dels professionals i, a través de ells, obtenir uns resultats òptims de salut i d'experiència del pacient.

Objectius. S'han definit tres objectius diferenciats: 1r, desenvolupar estàndards per a les Unitats de Qualitat de centres sanitaris; 2n, dissenyar un sistema de puntuació per obtenir un nivell de compliment d'aquests estàndards, facilitada mitjançant una base de dades informatitzada; i 3r, fer un estudi pilot multicèntric per implementar els estàndards informatitzats, avaluar els resultats obtinguts, i comparar els centres sanitaris espanyols entre sí.

Mètodes. Es va realitzar un estudi prospectiu i transversal en dues fases correlatives, entre el 2015 i el 2018: una primera qualitativa per elaborar els estàndards, aplicant el mètode Metaplan, la tècnica Delphi i un estudi de simulació; i una segona fase quantitativa d'intervenció amb un estudi pilot multicèntric per implementar-los.

Els participants a l'estudi van ser professionals de diferents comunitats autònomes d'Espanya que exercien el càrrec de responsables a Unitats de Qualitat de les seves organitzacions, actuant en alguns dels àmbits d'atenció primària, hospitalària, sociosanitària o salut mental. Aquests, es van distribuir en 5 grups de panells experts. Els criteris de selecció dels panelistes van ser: acreditar més de 2 anys d'experiència com a coordinadors d'Unitats de Qualitat, ser socis de la Societat Espanyola de Qualitat Assistencial i consentir participar voluntàriament en les fases del projecte de recerca.

Amb la tècnica Delphi (2 rondes) mitjançant una escala de Likert, i amb l'estudi de simulació, es van avaluar els diferents tipus de validesa amb les proves estadístiques corresponents: la validesa de contingut (estadística descriptiva, rang interquartílic, índex de validesa de contingut, i V d'Aiken), de constructe (fiabilitat amb els coeficients alfa de Cronbach i de correlació intraclasse), d'aparença (prova binomial) i de criteri utilitzant un "patró semi-or" creat artificialment (sensibilitat i especificitat). Es van utilitzar les eines GRADE i GRADE-CERQual per avaluar el suport de l'evidència científica existent sobre els estàndards seleccionats (prova binomial).

El programa informàtic amb la base de dades es va crear incloent un sistema de puntuació basat en el cicle de millora contínua, amb estàndards ponderats i amb l'obtenció d'un percentatge global de compliment.

A l'estudi pilot multicèntric, realitzat a 21 centres sanitaris de diferents àmbits assistencials i de 7 comunitats autònomes, es va reavaluar la validesa de contingut (prova binomial), i es van comparar els resultats de “comprensió” i “justificació” dels estàndards mitjançant la “prova de rangs amb signe de Wilcoxon” al abans i després de l'estudi pilot multicèntric.

Resultats. En el primer objectiu, el comitè científic va proposar un llistat 1r de 204 estàndards distribuïts en 9 categories, que els 99 participants en el mètode Metaplan van sintetitzar al llistat 2n amb 157 (77%). Amb la 1a revisió del comitè, es van reduir a 110 (llistat 3r), i es van aportar 24 propostes sobre una futura logística d'acreditació.

A les dues rondes de la tècnica Delphi es van consensuar el 33,3% de les propostes de logística, i el 87,3% dels estàndards, amb percentatges d'acord $\geq 71\%$, confirmant la validesa de contingut. Per a la validesa de constructe (fiabilitat) es va obtenir un coeficient alfa de Cronbach $> 0,7$ ($p < 0,001$) a totes les categories. Amb la revisió del panell d'experts 3, es va obtenir el llistat 4t amb 96 estàndards, i es van categoritzar mitjançant els 9 criteris d'EFQM.

L'estudi de simulació (panell d'experts 4) va reafirmar la validesa de contingut dels estàndards, sobre la seva “comprensió” (80% s'entenen, $p < 0,001$) i la “disponibilitat d'evidències documentals” (84%, $p < 0,001$). A més, es va acceptar la validesa d'aparença, en referir que el 75% ($p < 0,001$) “es relacionaven amb alguna dimensió de la qualitat”.

La validesa de criteri es va demostrar amb una sensibilitat del 84,2% (IC 95%: 69,6% – 92,6%), una especificitat del 98,3% (IC 95%: 90,9% – 99,7%), un índex kappa de 0,84 ($p < 0,001$), i una Chi quadrat de Pearson de 69,2 ($p < 0,001$).

Es van trobar evidències científiques significatives amb alta i moderada evidència ($p = 0,032$) en 59 (13,9%) revisions sobre la temàtica dels estàndards, un 36% avaluades amb el GRADE i un 64% amb el GRADE-CERQual.

Per al segon objectiu, els 96 estàndards es van incloure a una base de dades informatitzada Excel. L'algoritme de puntuació per estàndard, es va basar a complir ≥ 3 sobre 4 variables per considerar-ho “APTE”, tant per a les categories “facilitadores” de la 1 a la 5 com les de “resultat” de la 6 a la 9 (distribuïdes, cada variable, per quartils). Les categories 6 (clients) i 9 (resultats clau), pel seu impacte, ponderaven 1,5 respecte del total. El sistema oferia un percentatge únic final de compliment global per centre.

Al tercer objectiu, a l'estudi pilot multicèntric hi van participar 21 centres (panell d'experts 5) dels quals el 63% eren hospitals, el 48% eren centres de referència i alta complexitat, i el 76% eren centres públics. La mitjana de compliment dels centres per estàndard va ser de $0,57 \pm 0,26$ ($p = 0,295$), si bé hi va haver diferències entre les mitjanes per categories (Prova Kruskal-Wallis. Chi-quadrat: 54,32; $p < 0,0001$). El compliment mitjà final de tots els centres fou del 55,6%, amb una diferència màxima significativa ($p=0,002$) entre el 11% i el 81,6%. Només el 33% dels centres va superar el 70% (estàndard provisional proposat). No hi va haver diferències entre àmbits assistencials ($p = 0,97$), ni per comunitats autònomes ($p = 0,86$). Es va confirmar i millorar la validesa de contingut dels estàndards sobre la seva “comprensió” (98%; $p < 0,001$), i la “disponibilitat d'evidències documentals” (90%; $p < 0,001$), amb un increment de la “comprensió”, abans i després de l'estudi pilot multicèntric ($z -3,96$; $p < 0,001$), i la

“existència d'evidències” ($z = 2,24$; $p < 0,025$). A la 3a revisió pel comitè, els 96 estàndards es van agrupar fins a concloure amb el llistat 5è de 88 estàndards definitius.

Conclusions. L'estudi realitzat, amb la participació interdisciplinària de professionals experts, ha desenvolupat uns estàndards vàlids i fiables, a tall de “recomanacions de bones pràctiques”.

El sistema d'estàndards s'ha organitzat a partir d'una eina d'avaluació informatitzada amb el cicle de millora contínua incorporada, per facilitar les auditories internes i externes de les Unitats de Qualitat.

Els estàndards han permès avaluar el treball i l'exercici d'aquestes unitats als centres sanitaris, d'acord amb la hipòtesi plantejada i els objectius proposats.

Aquest sistema hauria de promoure la monitorització dels processos i dels resultats dels equips, la detecció d'oportunitats i la implementació d'activitats de millora, i garantir l'assessorament metodològic dels professionals en la gestió de la qualitat.



Doctoral Thesis Abstract.

Introduction. The different health systems in the world promote the accreditation of care processes and practices, to improve the confidence of citizens in the health-care system quality. Following this principle, the Quality Units established long ago in Spanish health organizations are important for advising on the methodology of health-care quality. As some scientific societies have already established, an evaluation system based on good practice standards, should provide these Quality Units with essential tools to foster progress and innovation, to increase improve the performance of the health-care professionals' performance, and, above all, to obtain optimal health outcomes and patient experience.

Objectives. Three different objectives have been defined. First: to develop standards for the Quality Units of health centres; second: to design a scoring system to obtain a level of compliance with said standards, facilitated by means of a computerized database; and third: to implement these computerized standards through a multicentre pilot study to assess the level of compliance, and compare different Spanish health centres.

Methods. A prospective and cross-sectional study was carried out in two correlative phases, between 2015 and 2018. The first phase consisted of a qualitative study for the elaboration of the standards, applying the Metaplan method, the Delphi technique and a simulation study. Second, a quantitative intervention phase based on a multicentre pilot study to implement the developed standards.

The participants in the study were professionals from different autonomous communities of Spain who held the position of managers in Quality Units of their organizations, working in the areas of primary care, hospital care, community health or mental health care. These were distributed in 5 groups of Expert Panels. Selection criteria for the panellists were: accrediting more than 2 years of experience as coordinators of Quality Units, being members of the Spanish Society for Healthcare Quality and consenting to participate in the phases of the research project.

The Delphi technique (2 rounds) with a Likert-type scale, together with the simulation study and additional criteria were used. Content validity (descriptive statistics, interquartile range, content validity index, and Aiken's V); construct validity (reliability with Cronbach's alpha and interclass correlation coefficients); appearance validity (binomial test); and criterion validity, using an artificially created "semi-gold standard" (sensitivity and specificity) were evaluated. The GRADE and GRADE-CERQual tools were used to assess the correlation of the existing scientific evidence with the selected standards (binomial test).

The computer program with the database was created including a scoring system based on the cycle of continuous improvement, with weighted standards, and obtaining a global percentage of compliance.

In the multicentre pilot study, carried out in 21 health centres from different healthcare settings and from 7 autonomous communities, the content validity was re-evaluated

(binomial test), and the results of "understanding" and "justification" of the standards were compared by means of the "Wilcoxon signed rank test" in the before and after multicenter study.

Results. Regarding the first objective of developing standards, the scientific committee proposed a first list of 204 standards distributed in 9 categories. Based on the Metaplan method, the 99 participants in the Expert Panel 1 selected 157 standards (77%) for a second list. Following the first review by the scientific committee, these standards were reduced to 110 (list 3). The committee added later 24 concepts on future accreditation logistics.

In the synthesis of the 2 rounds of the Delphi technique of the Expert Panel 2, 33.3% of the logistics and 87.3% of the standards were agreed upon, with percentages $\geq 71\%$ confirming Content Validity. The Construct Validity (reliability) of the standards, obtained by Cronbach's alpha were > 0.7 ($p < 0.001$) in all categories. In the review carried out by the Expert Panel 3, a fourth list with 96 standards was obtained, and they were categorized using the 9 EFQM criteria.

The simulation study (Expert Panel 4) succeeded in reaffirming the Content Validity of the standards, in terms of their "understanding" (80% understood them, $p < 0.001$), and whether "availability of documentary evidence" (84%, $p < 0.001$). In addition, face validity was evaluated, stating that 75% ($p < 0.001$) of them "were related to some dimension of quality".

The criterion validity showed a sensitivity of 84.2% (95% CI: 69.6% - 92.6%), a specificity of 98.3% (95% CI: 90.9% - 99.7%), a Kappa index of 0.84 ($p < 0.001$), and a Pearson Chi square of 69.24 ($p < 0.001$).

Significant scientific evidence with high and moderate evidence ($p = 0.032$) was found in 59 (13.9%) reviews on the subject of standards, 36% of them evaluated with the GRADE and 64% with the GRADE-CERQual.

As for the second objective, the 96 standards were entered into a computerized Excel database. The scoring algorithm was based, for each standard, on obtaining ≥ 3 out of 4 variables to be considered "APPT", both for the "enabling" categories from 1 to 5 and the "result" categories from 6 to 9 (distributed, each variable, by quartiles). Categories 6 (clients) and 9 (key results), due to their impact had a weight of 1.5, with respect to the total. Once the 96 standards were evaluated, the system offered a single final percentage of global compliance per center.

The third objective, based on the multicentre pilot study, was carried out in the 21 centres (Expert Panel 5). Of these, 63% were hospital trusts, 48% were high-complexity centres, and 76% were public. The mean compliance of the centres by standard was 0.57 ± 0.26 ($p = 0.295$), with no differences between the means of all the standards. There was a difference in compliance between the means by categories (Kruskal-Wallis test. Chi-square: 54.32; $p < 0.0001$). The final mean compliance of all centres was 55.6%, with a maximum significant difference ($p = 0.002$) between 11% and 81.6%, and only 33% of the centres exceeded 70% (proposed provisional standard). No differences were observed among care settings ($p=0.97$) and autonomous communities ($p = 0.86$). The content validity was confirmed again and improved on the "understanding" of the standards (98%; $p < 0.001$), and the "availability of documentary evidence" (90%; $p <$

0.001); also, "understanding" ($z = -3.96$; $p < 0.001$) and "justification of the standard" ($z = -2.24$; $p < 0.025$) improved before and after the multicentre pilot study, respectively. The committee carried out a 3rd revision, grouping the remaining 96 standards by content and concluding with a 5th list of 88 definitive standards.

Conclusions. The study carried out, with the interdisciplinary participation of expert professionals, has developed valid and reliable standards, as "recommendations for good practice".

The standards system has been organized based on a computerized evaluation tool with a built-in continuous improvement cycle, to facilitate internal and external audits of the Quality Units.

The standards have made it possible to evaluate the work and performance of the Quality Units of health centres, according to the hypothesis raised and the proposed objectives.

This system should promote the monitoring of the processes and results of these units, the detection of opportunities and the implementation of improvement activities, and guarantee the methodological advice of the professionals in quality management.

1. Introducción.



La propuesta de esta tesis doctoral, con la hipótesis y los objetivos, se inicia con el concepto de *calidad asistencial*. Esta, constituye el centro de la temática tratada con sus diferentes *dimensiones*, junto a la definición del concepto de *estándar*.

La aproximación, en el marco teórico, a los conceptos necesarios para dar solidez a la metodología y a los resultados, se ha desarrollado mediante diez conceptos generales, que pretenden ser la base teórica de la investigación. El marco conforma aquel conjunto significativo de conocimientos, asentados y validados en la literatura existente sobre calidad asistencial, estándares y sistemas de evaluación. Se ha elaborado a partir de una exhaustiva revisión de la bibliografía, a la vez que se han definido los conceptos básicos para ofrecer pautas para dar soporte y respuesta a la hipótesis del trabajo que se presenta, sobre el “Desarrollo de estándares para Unidades de Calidad de centros sanitarios”.

Se ha establecido una estructura formal por *categorías*, donde distribuir los estándares que se obtendrán en este estudio. Esta estructura, incluida en un *sistema de evaluación*, ha de ofrecer un *Ciclo de Mejora Continua* creado a partir de los modelos de calidad actualmente vigentes, como el Modelo EFQM (European Foundation Quality Management), ISO (International Organization for Standardization), y JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Un sistema de evaluación constituido por estándares, o *sistema de estándares*, tal y como se han elaborado en otras sociedades científicas, debería proporcionar a los equipos las oportunidades de mejora necesarias y de ayuda al progreso e innovación en calidad asistencial.

Considerar la salud como un valor y, sobre todo, como un derecho fundamental del ser humano, tal y como se entiende en cada entorno social, es fundamental para que todas las personas, según la OMS, “gocen del grado máximo de salud que puedan lograr”¹. Este derecho incluye la libertad de decisión sobre la propia salud, y el acceso a un sistema sanitario universal (equitativo, integral y apto económicamente para todos). Y es en este contexto de *valor*, en el cual cualquier persona podrá mejorar su calidad de vida, bienestar y armonía entre cuerpo y mente, espíritu y pensamiento.

Los sistemas de salud de los países en el mundo y, entre ellos, el Sistema Nacional de Salud español además de los Departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), de cobertura universal, promueven la estandarización y la acreditación de equipos para evaluar y mejorar sus procesos asistenciales². De este modo, las administraciones, a través de estos procedimientos acreditativos, pretenden dar crédito, garantía y confianza a los usuarios y pacientes del nivel de calidad de la atención sanitaria, asegurando unas normas y estándares óptimos, para asegurar su responsabilidad social hacia los ciudadanos. La acreditación mediante estándares ha de permitir a las instituciones dotarse de unos instrumentos de medida y evaluación, que promuevan la mejora continua y la obtención de unos resultados de salud excelentes. En esta dinámica, han sido y son fundamentales las *Unidades de Calidad* establecidas, desde hace años, en las organizaciones sanitarias del territorio español, que asesoran y mantienen un alto nivel de calidad asistencial en las mismas.

Se destaca el papel primordial que ha realizado y realiza la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), durante sus ya 40 años largos de existencia, para estimular y motivar, por sí misma y a través de sus filiales territoriales en las CCAA, todas las dimensiones de la calidad. Enfatizar, además, el liderazgo que ha mantenido la Sociedad Española de Calidad Asistencial en esta iniciativa de elaboración de estándares y construcción de un sistema de evaluación para las *Unidades de Calidad*, siendo fundamental la participación de todo el equipo directivo de SECA a través del Plan Estratégico, y la de los numerosos coordinadores de calidad, con su presencia y aportación a las jornadas y reuniones de trabajo organizadas.

En definitiva, para mejorar la calidad asistencial es imprescindible desarrollar unas políticas de salud orientadas hacia la eficiencia, la autoevaluación y las auditorías. Además, es imprescindible la participación y el compromiso del profesional, con una adecuada formación, competencias y trabajo en equipo, para asegurar una calidad excelente y una óptima experiencia para el paciente. Y, por ello, todas aquellas estrategias que revolucionen e innoven la calidad asistencial de los equipos de profesionales, deberían promover la necesaria la transformación cultural de las organizaciones sanitarias.

2. Marco teórico.



2.1. Calidad asistencial.

La calidad, definida por los diccionarios generales, incluye los siguientes conceptos: si se adecua a las características por el que había sido creado un objeto o servicio, cuán mala o buena es alguna cosa, qué rasgo o característica presenta, su nivel de excelencia, o su estándar comparado con otros parecidos³. Se pretende explicar la "calidad" en un lenguaje fácilmente comprensible.

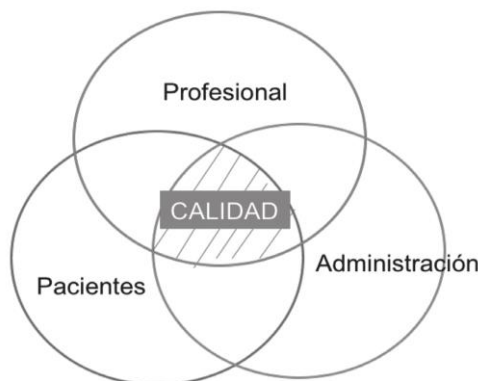
El concepto de "calidad asistencial" se ha definido y publicado con diferentes matices, si bien todas ellas podrían ser válidas dependiendo del contexto en el que se incluyan. A destacar, entre ellas, la de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ que propuso la siguiente definición: "aquella cualidad que hace que el paciente reciba el correcto diagnóstico y los servicios terapéuticos, que van a conducirlo a un estado de óptima salud, según los conocimientos del momento de la ciencia médica y los factores biológicos del paciente: edad, enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes, cumplimiento terapéutico, con el coste mínimo de recursos, con la exposición al mínimo riesgo posible de un daño adicional y con la máxima satisfacción del paciente". Para Avedis Donabedian^{5 6}, la calidad asistencial era "el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud". Para la JCAHO "es el grado del servicio de atención al paciente que aumenta las probabilidades de obtener resultados deseados por el paciente y reduce las probabilidades de resultados adversos, dado el estado de conocimiento"⁷. El Instituto de Medicina Americano⁸ definió la calidad de la atención médica como "el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son consistentes con los conocimientos profesionales actuales". Parasuraman, Zeitham y Berry⁹, definieron la calidad percibida del servicio como la diferencia entre las expectativas y las percepciones del cliente; para destacar las diferencias o brechas que se producen entre aquello que espera el usuario o paciente, y la entrega de la calidad del servicio del proveedor.

La calidad asistencial ha incrementado su relevancia en la asistencia actual. Los pacientes, los profesionales y los gestores representan los agentes en el modelo asistencial para los cuales se definirán unos objetivos propios (**Figura 1**)¹⁰: los pacientes, más informados y responsables, exigen competencia técnica, comprensión y accesibilidad; los profesionales con más competencia deben atender con calidad, realizando lo correcto de una manera correcta; y, los gestores y la administración sanitaria desde una visión comunitaria, deberían mantener el equilibrio entre la experiencia satisfactoria del paciente, los recursos técnicos, y el coste económico eficiente. Todo ello con el objetivo de contribuir a promover y mejorar la calidad y, por tanto, la seguridad de los servicios sanitarios¹¹.

En otras palabras, los participantes en la calidad, pueden reinterpretarse en tres componentes¹²:

- Calidad científico-técnica protagonizado por el profesional: cómo aplicar la mejor evidencia dependiendo de los medios y de los recursos disponibles.
- Calidad en la percepción: asociada a la experiencia y satisfacción de los pacientes y familiares con la asistencia recibida, los resultados y el trato recibido.
- Calidad institucional o corporativa: relacionado con la reputación del centro en la sociedad, cómo es valorado el centro sanitario a nivel social.

Figura 1. Participantes en la calidad.



Fuente: Cabadas Avi3n R¹⁰. La calidad asistencial: ¿de qué estamos hablando?

Es evidente que los pacientes y los profesionales tienen un concepto bastante claro de lo que significa la calidad asistencial: ser atendidos eficazmente y con la máxima resoluci3n posible de su patología, humanamente y con respeto. Dicho de otra forma, la calidad se objetivaría como aquella atenci3n que se desearía para uno mismo y para sus familiares.

Sin embargo, para asegurar que esta calidad se aplique a los cientos de actividades sanitarias que se realizan diariamente en este complejo sistema asistencial que es la sanidad, deben desarrollarse un alto nivel de técnicas, conocimientos y actitudes por parte de los mandos y profesionales de los centros sanitarios.

Por último, también sería importante matizar algunas ideas sobre la calidad:

- “La calidad encarece el producto”: ello podría ser err3neo, ya que invertir en calidad fomenta el ahorro. La no-calidad es cara. El paciente debe recibir la mejor atenci3n posible maximizando la eficiencia y, sobre todo, minimizando el riesgo y el abuso de recursos¹³.
- “La calidad es inmedible”: también cuestionable, pues sin medir no se puede evaluar la calidad. Medir los problemas, las causas y las soluciones es fundamental para implementar los cambios necesarios para mejorar. En realidad, como decía WT Kelvin “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”¹⁴.
- “Los conceptos cantidad y calidad son opuestos”: probablemente también err3neo, pues la calidad aumenta la producci3n de los servicios. A mayor calidad en todos los sentidos, en el ámbito profesional, en los servicios ofrecidos o en la vida diaria de las

personas, se promueve el aumento de la productividad, la mejora en la eficiencia y la disminución de los costes^{15 16}.

Concepto clave 1º, sobre la “calidad asistencial”.

La “calidad asistencial” es la misión, el núcleo básico y la razón de ser de las Unidades de Calidad por las que, a través de su metodología y soporte, asesoran a los equipos asistenciales y a las direcciones de los centros para mejorar los procesos, la calidad científico-técnica que ofrecen los profesionales, y la experiencia recibida por los usuarios y pacientes en la organización sanitaria.

2.2. Dimensiones de la calidad.

Las variadas y, a la vez, coincidentes acepciones de la definición de calidad obligan a distinguir las características que se incluyen en dicho concepto, y que se denominan las *dimensiones de la calidad asistencial*. En la literatura se han descrito muchas clasificaciones si bien todas ellas convergen, en contenido y definición, en las siguientes^{17 18 19 20 21 22}:

- a. **Seguridad clínica**²³: se define con aquellas actividades que pretenden disminuir o eliminar los errores y eventos adversos evitables, asociados a la asistencia, promoviendo prácticas seguras, y evitando culpabilizar a los profesionales de los mismos. Representa una de las dimensiones principales de la calidad que a menudo la monopoliza y la absorbe conceptualmente, distinguiéndola en ocasiones inadecuadamente una de otra, separando calidad y seguridad. En la línea estratégica de la seguridad del paciente, se incluyen procesos y procedimientos, como la higiene de manos, las caídas en los centros sanitarios, las heridas y úlceras crónicas, el listado de verificación quirúrgico o *check-list*, entre otros.
- b. **Experiencia del paciente óptima con la atención recibida o satisfacción**²⁴: cuando la asistencia recibida cumple con las expectativas del paciente o usuario, evaluado a través de encuestas o del análisis de las reclamaciones y sugerencias, por ejemplo. Aun así, la experiencia del paciente va más allá del concepto básico de satisfacción; el Beryl Institute²⁵ la define como “la suma de todas las interacciones, configuradas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente, a lo largo de la continuidad del cuidado”, incluyendo cuatro características importantes: la propia percepción del paciente y/o de la familia, la interacción con los profesionales y otros pacientes, la cultura organizacional del centro, y los cuidados recibidos durante todo el proceso asistencial.
- c. **Aceptabilidad**²⁶: la aceptación del paciente en lo referente a la organización (estructura del centro, tiempos asistenciales o de espera...), a los resultados de

su salud, al trato recibido de los sanitarios, y a su cumplimiento con el tratamiento y directrices marcadas por los profesionales. No es infrecuente detectar aspectos de insatisfacción, a pesar de haber recibido un alto nivel de calidad científica.

- d. **Calidad científico-técnica**²⁷: evalúa la práctica clínica y la competencia profesional para alcanzar el mayor beneficio con un riesgo mínimo; incluyen instrumentos como las guías de práctica clínica (sustentada por la mejor evidencia científica actualizada), los protocolos consensuados entre los profesionales, o las vías clínicas para aquellos procesos asistenciales que presentan un curso clínico predecible. Todo ello con el soporte de los indicadores necesarios para alcanzar los objetivos o estándares establecidos sobre estancia media, reingresos, complicaciones o mortalidad, por ejemplo. En definitiva: “Hacer lo correcto en la forma correcta”.
- e. **Adecuación**²⁸: hace referencia al riesgo-beneficio positivo o negativo, comparando el valor clínico de una prestación (procedimientos, fármacos o intervenciones) con otras. Eliminar aquellas actuaciones inadecuadas e incrementar las que aportan un mayor beneficio clínico. Se evalúa al relacionar la atención recibida, de acuerdo a la evidencia científica imperante, con las necesidades del paciente.
- f. **Efectividad y eficiencia**²⁹: entendiendo la efectividad, como aquel beneficio de la asistencia aplicada en condiciones reales a los pacientes (eficacia sería el resultado asistencial en condiciones ideales); y eficiencia, cuando se entrelazan los resultados alcanzados con una alta calidad, en relación al coste y a los recursos disponibles. Interactúan la eficacia (resultado en circunstancias ideales), la efectividad (en circunstancias habituales) y la utilidad (calidad y cantidad de años aportados a la persona), con el coste (resultado económico); surgen, de este modo, las variantes de la eficiencia: coste-efectividad, coste-eficacia, coste-beneficio, y coste-utilidad.
- g. **Continuidad asistencial**³⁰: asociada a la asistencia integrada recibida por el paciente a través de los ámbitos asistenciales por los que transcurre: atención primaria y sociosanitaria, y hospitalización; intentar correlacionar la misma política diagnóstica o terapéutica continuadamente en dichos ámbitos; ello es muy importante, por ejemplo, en el índice de reingresos en pacientes mayores con enfermedades crónicas.
- h. **Accesibilidad y equidad**³¹: cuando toda la población analizada recibe la asistencia que precisa con respecto a la rapidez, al nivel económico y social, y con una distribución equitativa de los recursos.

Desde una perspectiva más específica y centrada en el usuario o calidad percibida, Parasuraman^{32 33} definió 5 dimensiones, incluidas en su modelo Servqual, de acuerdo a

la satisfacción obtenida respecto a las expectativas previas del cliente, si bien también están descritas y se pueden deducir en las dimensiones anteriores:

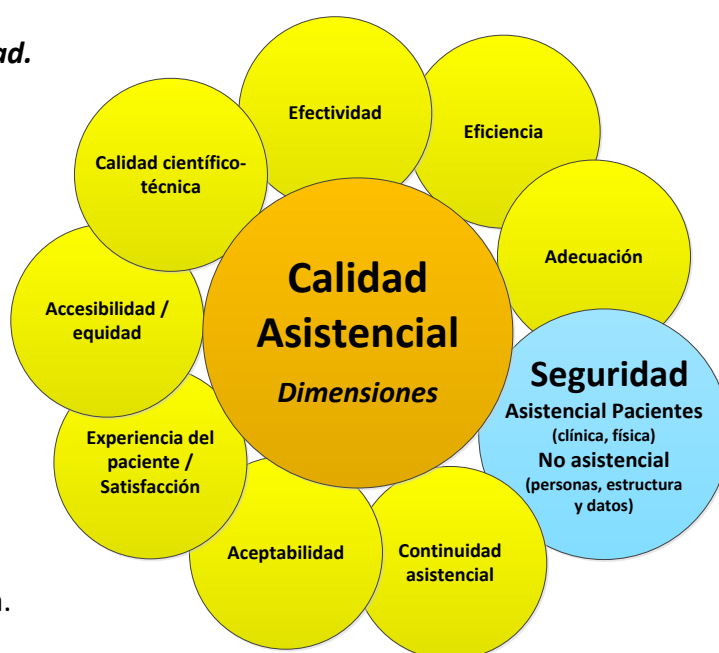
- **Fiabilidad:** cuando se presta un servicio confiable, seguro y cuidadosamente; podría equivaler a la calidad científico-técnica y a la seguridad clínica.
- **Seguridad:** cuando el cliente confía que los problemas se resolverán adecuadamente (integridad y honestidad); relacionada con la experiencia del paciente o satisfacción.
- **Capacidad de respuesta:** suministrar el servicio rápidamente; de acuerdo al concepto de accesibilidad.
- **Empatía:** ofrecer una atención personalizada (cortesía, compromiso e implicación del profesional); incluida en la experiencia del paciente o satisfacción.
- **Tangibilidad:** se refieren a los materiales físicos, a los recursos humanos y a los materiales de comunicación del centro. Podría relacionarse con las dimensiones de calidad científico-técnica, eficiencia y seguridad clínica.

En la **Figura 2** se detallan el conjunto de dimensiones descritas resumidas.

Todas ellas podrían agruparse y resumirse en 3 grupos principales en el siguiente orden, entendiéndose que el resto estarían incluidas en las anteriores (**Figura 3**)^{34 35 36 37 38}:

1. Experiencia del paciente o satisfacción, que podría incluir además aquellos conceptos más subjetivos y que se centran en el paciente:
 - Aceptabilidad, accesibilidad y equidad.
2. Calidad científico-técnica, incluyendo:
 - Adecuación, efectividad, eficiencia.
3. Seguridad clínica.

Figura 2. Dimensiones de la calidad.



Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Agrupación y resumen de las dimensiones de la calidad.



Fuente: elaboración propia.

Concepto clave 2º, “las dimensiones de la calidad asistencial”.

La agrupación y el resumen de las dimensiones de la calidad en 3 principales, como son la eficiencia, la seguridad clínica, y la experiencia del paciente/satisfacción, han de permitir categorizar los estándares y, a la vez, definir muchos de ellos, especialmente en la dimensión de la seguridad de los pacientes.

2.3. Estándares.

Un estándar se define, básicamente, como aquel criterio que sirve de tipo, modelo, norma, patrón o referencia³.

Los estándares de calidad son aquellos conceptos que ofrecen especificaciones o pautas para garantizar que los procesos, servicios, materiales o productos, sean adecuados a su finalidad.

Los estándares proporcionan a las empresas e instituciones los procedimientos, la comprensión y un vocabulario compartidos, que se precisan para cumplir con las expectativas de los grupos de interés (clientes, proveedores...) ³⁹; debido a la precisión de los estándares en sus descripciones y terminología, estos, ofrecen un contenido objetivo para que los equipos, instituciones y clientes se comuniquen y se relacionen entre ellos ⁴⁰.

2.3.1. Definiciones de “criterio”, “indicador”, y “estándar”.

Se describen a continuación las diferencias específicas entre los conceptos de criterio, indicador y estándar⁴¹.

Criterio.

Un criterio es aquella condición que ha de cumplir un proceso o actuación para ser considerada de calidad.

Un criterio debe ser explícito, claro y objetivo; elaborado, participativamente, y aceptado por los agentes participantes; comprensible; cuantificable de fácilmente; flexible, para adaptarse a posibles cambios; y aceptable por el cliente final, el cual juzgará si cumplen o no los criterios de calidad.

Por ejemplo, sería incorrecto redactar, por inconcreto, que el “los profesionales deberán cumplir con los 5 momentos en la higiene de manos”; y sí sería correcto redactar que el “los 5 momentos de la higiene de manos deberán cumplirse con una adherencia media superior al 90%”.

Indicador.

El indicador refleja aquella medida cuantitativa que controla y valora la calidad de las actuaciones realizadas. Es decir, en qué formato numérico se evalúa un criterio. Los indicadores se construyen a partir de los resultados previos de cada equipo con las siguientes características de elaboración: deben ser válidos y fiables; deben describirse con objetividad, sencillez y comprensibilidad; han de ser fáciles de registrar y tener una periodicidad útil; deben ser significativos para tomar decisiones, y de fácil interpretación; y, han de poderse ubicar, en formato informático y automatizado, en un cuadro de mando para poder monitorizar sus respectivos resultados.

Por ejemplo, sería incorrecto definir en un indicador como el “cumplimiento de la higiene de manos en el centro sanitario”; y sí sería más correcto redactar que “el porcentaje de adherencia de los profesionales del centro sanitario a la higiene de manos es superior al 95%”.

Se deben diferenciar dos grandes grupos de indicadores: los “índice”, que son los más habituales y cuantificados, más frecuentemente, con medias, medianas o porcentajes; por ejemplo, “el porcentaje de pacientes identificados correctamente es superior al 95%”. Y, finalmente, se definen los “centinela”, son aquellos sucesos excepcionales, graves o indeseables, cuantificados en números; por ejemplo, “número de pacientes a los que se les ha detectado una gasa después de cerrar la herida quirúrgica”.

Estándar.

El estándar define el grado de cumplimiento, mínimo y máximo aceptables, que se debe exigir a un determinado criterio o indicador para alcanzar el nivel de calidad deseado para un proceso. Por tanto, si el indicador está en el rango previsto por el estándar, significa que el proceso funciona adecuadamente y que se está cumpliendo con el objetivo asignado. Estar por debajo del rango implica el incumplimiento del mismo, por lo que se deberán activar todas aquellas acciones de mejora posibles, para devolver el proceso a la calidad requerida.

Desde el punto de vista metodológico, un estándar no debe ser nunca del 100% o del 0% ante la evidente imposibilidad de cumplirlo, por las posibles incidencias que puedan surgir; por otro lado, unos resultados repetitivos del 100% deben hacer sospechar de algún error en su definición. Por ejemplo, sería incorrecto redactar que “el grado de cumplimiento de los protocolos en la Unidad de Calidad es del 100%”; lo más adecuado sería disminuir el indicador al 90%.

2.3.2. Estándar, como sinónimo de “criterio”, en acreditación.

Existen dos acepciones de la palabra *estándar*⁴².

Por un lado, aquella que se ha descrito anteriormente referida al sentido de evaluar el grado de cumplimiento, con un mínimo y un máximo aceptables, aplicado a un criterio o indicador; por ejemplo, “anualmente se atenderán desde la Unidad de Calidad más de 5 solicitudes (estándar) de soporte técnico desde los equipos asistenciales”.

Y, la otra acepción, va más allá del mero intervalo de cumplimiento, y se acerca a la definición de *criterio*, en el sentido de aquella “declaración de expectativa que define las estructuras, los procesos o los resultados que debe poseer o alcanzar una organización para incrementar la calidad de la asistencia”⁴³.

Es esta última acepción la que se ha adoptado en este trabajo doctoral para definir los “estándares”, como aquellas recomendaciones o criterios de buena práctica, basadas en la evidencia científica, que obligan a las Unidades de Calidad a su cumplimiento, para mejorar la gestión de la calidad de sus propios equipos e, indirectamente, del resto de la organización.

Los estándares, como soporte a los indicadores y siguiendo la propuesta de Donabedian⁴⁴, pueden clasificarse en tres categorías: estructura, proceso y resultado. Los estándares de “estructura”, proponen recomendaciones sobre todos aquellos atributos materiales y organizacionales más estables, así como los referentes a los recursos humanos y los financieros necesarios para alcanzar la mejor atención posible; los de “proceso” se refieren a las actividades asistenciales que realizan los profesionales en las distintas patologías y su interrelación en el conjunto de la organización, teniendo en cuenta las habilidades, técnicas y actitudes que las acompañan; y, finalmente, los de “resultado”, cuando se evalúa el nivel de salud y satisfacción de los pacientes ante la atención recibida.

2.3.3. Definición de “validez”.

Validez.

Se entiende por validez, como el grado en que el estándar realmente mide lo que se pretende medir y, por tanto, cumple con su propósito. La validez contiene cuatro tipos de conceptos, que se refieren a aspectos diversos^{45 46} y que se aportan en la siguiente clasificación:

- Validez de contenido.
- Validez de criterio: interna, externa, concurrente, y predictiva.
- Validez de constructo.
- Validez de apariencia.

Validez de contenido⁴⁷.

La validez se define como el grado en que los estándares seleccionados sobre calidad asistencial miden un nivel determinado de cumplimiento de objetivos, relacionados precisamente con la calidad asistencial. Es decir, los estándares serán válidos si "miden lo que dicen medir". Para asegurarla se utiliza el denominado “juicio de expertos” en diferentes técnicas, entre ellas el método Delphi⁴⁸ sobre el que después se profundizará. Existen procedimientos estadísticos para evaluar la validez de contenido, como el uso de cálculos descriptivos (media, desviación típica o mediana, entre otros) para encontrar puntuaciones de corte o índices de validez de contenido que describan, de acuerdo a la evaluación y consenso de expertos (método de juicio), que la puntuación del estándar es poco o muy relevante para ser aceptado.

Validez de constructo⁴⁹

Se define como una hipótesis que se elabora sobre un test o cuestionario, que intenta explicar conceptos intangibles o abstractos humanos (opiniones, sensaciones, creatividad). Para ello, la obtención de evidencias que apoyan la aceptación de los estándares seleccionados, son indicadores del constructo. La validez de constructo implicaría que la aceptación de estándares por parte de los expertos para las Unidades de Calidad, debería mostrar una adecuada correlación con la comprensión del mismo (se entiende su redactado) y su factible justificación mediante evidencias documentales. El concepto de la validez de constructo se asocia al de fiabilidad⁵⁰; el estándar debe ser fiable o confiable, que medido en diferentes circunstancias y formas ofrece el mismo valor, sin influenciarse por el profesional que lo recoge o el método de recogida.

Validez de criterio⁵¹

Cuando se correlaciona una escala con otro instrumento, preferiblemente un «patrón de oro» de referencia, ya ampliamente utilizado y aceptado. Existen cuatro tipos de validez de criterio: la interna, la externa, la concurrente y la predictiva. La validez interna se define cuando se correlaciona un instrumento con otro que ya tiene una validez aceptada para medir las mismas características, y la validez externa cuando el instrumento se ha valido a respecto a una evaluación diferente externa. La validez concurrente se define cuando la nueva escala y la medida de criterio se correlacionan simultáneamente; y, la validación predictiva cuando el criterio se obtendrá en el futuro.

Validez de apariencia⁵²

Cuando los estándares que se describen miden lo que realmente son. Con ello se pretende indicar que, en su apariencia, los estándares parecen evaluar la calidad asistencial. La metodología se basa en una evaluación subjetiva de los estándares por expertos, sin utilizar, habitualmente, análisis empíricos.

En definitiva, para que un estándar sea útil es necesario que cumpla con las siguientes condiciones: validez y fiabilidad⁵³. La validez es mínima si el estándar depende de factores incontrolables por el equipo asistencial o se observan notables excepciones al mismo; si el estándar demuestra realmente aquellos aspectos cualitativamente deficientes, se describe como válido. Además, el estándar debe ser fiable o confiable, que medido en diferentes circunstancias y formas ofrece el mismo valor, sin influenciarse por el profesional que lo recoge o el método de recogida.

Concepto clave 3º, elaboración y características de los estándares.
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Los estándares, en la acepción de “recomendaciones”, se definen como aquella declaración de expectativas que debe poseer o alcanzar una Unidad de Calidad para mejorar la calidad de su equipo y de la actividad profesional que realizan.• Los estándares pueden clasificarse por: estructura, proceso y resultado.• Los estándares deben ser válidos; deben describirse con objetividad, sencillez y comprensibilidad; han de ser fáciles de registrar y tener una periodicidad útil; deben ser relevantes para tomar decisiones, y de fácil interpretación; y, han de poderse ubicar en un formato informatizado y automatizado de un cuadro de mando, para poder monitorizar sus respectivos resultados. |
|--|

2.4. Categorías o criterios: estructura formal para los estándares.

Toda estructura, sistema o modelo de calidad debe estructurarse en apartados, categorías o criterios que permitan incluir, ordenadamente, los conceptos complejos que incluye la “calidad”, con los estándares elaborados.

2.4.1. Calidad Total y sus principios.

La “Calidad Total” o “Excelencia” establece una estrategia de gestión organizacional, para satisfacer las expectativas y las necesidades de todos sus grupos de interés (profesionales, proveedores, sociedad) utilizando el Ciclo de Mejora Continua de la calidad (PDCA)^{54 55}, y se rige por los principios de la Calidad Total⁵⁶:

- **Centrado en el cliente:** el cliente decide el nivel de calidad, independientemente de los esfuerzos que realice la organización.
- **Participación total de los empleados:** la dirección empodera a los profesionales, y todos ellos trabajan para los objetivos comunes.
- **Centrado en el proceso:** la gestión por procesos es primordial, monitorizando sus resultados periódicamente.
- **Sistema integrado:** todos los procesos están interrelacionados y orientados a los resultados globales y particulares.
- **Enfoque estratégico y sistemático:** constituido por una gestión de proyectos, en los que se integra la calidad como pieza fundamental.
- **Mejora continua:** para ser más eficiente en el cumplimiento de las necesidades y expectativas del cliente.
- **Toma de decisiones basadas en hechos:** los resultados se miden con datos para mejorar sus acciones futuras.
- **Comunicaciones:** interna y externa, para informar y motivar a los profesionales en todas las áreas sobre planes futuros y estrategias.

2.4.2. Principios universales de gestión de la calidad en ISO.

Estos principios fueron establecidos por la ISO, y recogen el conjunto de normas y valores que estructuran la gestión de la calidad, son^{57 58 59}:

- **Enfoque u orientación al cliente:** la actitud del profesional para detectar y satisfacer las necesidades de los clientes, tanto internos como externos, haciendo hincapié, sobre todo, en la empatía y la sensibilidad del equipo humano.

-
- **Liderazgo:** las habilidades directivas para motivar e influir en el equipo para el logro de los objetivos fijados por el plan estratégico de la organización.
 - **Participación o compromiso de las personas:** el personal, como esencia de la organización, materializa la misión del centro, a partir de sus competencias, responsabilidades, participación, motivación, y compromiso.
 - **Enfoque basado en procesos:** la gestión por procesos, su definición, su interrelación, la evaluación de los posibles riesgos, la eficiencia y la propuesta de nuevas metas y objetivos, orienta hacia los resultados previstos y esperados.
 - **Mejora continua:** se alcanza a través del “Ciclo de Deming” o ciclo de Mejora Continua, para mejorar los productos, los procesos y los sistemas; se abundará en este tema posteriormente.
 - **Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones:** estas, deben estar fundamentadas en el análisis de datos, en la información que se recibe y en la evidencia científica más actualizada (eficacia, efectividad y eficiencia).
 - **Relaciones con proveedores mutuamente beneficiosas:** para crear valor con las relaciones y alianzas estratégicas entre la organización y los proveedores, aumentando la comunicación, competitividad, la productividad y la rentabilidad (yo gano, tú ganas).

2.4.3. Los 9 criterios del modelo EFQM – 2013 y el actualizado 2020.

El modelo EFQM – 2013 está constituido por 9 criterios definidos desde 2013 hasta 2019⁶⁰. Estos, constituyen otra estructura genérica óptima para agrupar indicadores o estándares, que pueden definir y categorizar los conceptos de la gestión de la calidad para una organización⁶¹. Los criterios establecidos fueron (entre paréntesis los criterios del modelo actual a partir de 2020):

Para los AGENTES:

- Liderazgo (Cultura de la organización y liderazgo).
- Personas (Implicar a los grupos de interés).
- Estrategia (Propósito, visión y estrategia).
- Alianzas y Recursos (Gestionar el funcionamiento y la transformación).
- Procesos, Productos y Servicios (Gestionar el funcionamiento y la transformación. Crear valor sostenible).

Para los RESULTADOS:

- Resultados en las Personas (Percepción de los grupos de interés).
- Resultados en los Clientes (Percepción de los grupos de interés).
- Resultados en la Sociedad (Percepción de los grupos de interés).
- Resultados clave (Rendimiento estratégico y operativo).

2.4.4. La categorización de los estándares en la JCAHO.

Los estándares de la JCAHO están agrupados en 3 secciones principales por las funciones a las que se dirigen⁶²: 1) centrados en el paciente, 2) la gestión de organizaciones sanitarias, y 3) la docencia en los hospitales; y aplican a desde la alta dirección, hasta el resto de equipos asistenciales.

Cada una de estas secciones, se subdivide en grupos de estándares de tipo clínico.

Por ejemplo, en la sección del paciente se detallan, entre otros, estándares sobre:

- Objetivos internacionales para la seguridad del paciente.
- Acceso y continuidad de la atención.
- Atención centrada en el paciente.
- Evaluación de los pacientes.
- Atención de los pacientes.
- Anestesia y atención quirúrgica.
- Manejo y uso de los medicamentos.

En la sección de la “organización” aparecen los estándares agrupados en:

- Mejora de la calidad y de la seguridad de los pacientes.
- Prevención y control de infecciones.
- Gobierno, liderazgo y dirección.
- Gestión y seguridad de las instalaciones.
- Cualificación y educación del personal.
- Gestión de la información.

Y, en la sección de los estándares para “hospitales docentes”:

- Educación de profesionales médicos.
- Programas de investigación con seres humanos.

La agrupación de la JCAHO es ligeramente diferente al resto de modelos, pues va más dirigida a los aspectos más asistenciales de la práctica clínica.

Por último, existe una clara interrelación entre las dimensiones de la calidad, los principios de Calidad Total, los principios de la gestión de la calidad por ISO, los criterios del modelo EFQM, y de las secciones de la JCAHO (**Tabla 1**).

Tabla 1. Comparación entre las dimensiones de la calidad y los modelos de calidad.

Dimensiones de la calidad (resumen)	Principios de Calidad Total	Principios de gestión de la calidad ISO	Criterios del modelo EFQM	Categorización de los estándares en la JCHAO
Experiencia del paciente o satisfacción.	Enfoque u orientación al cliente.	Enfoque u orientación al cliente.	Resultados en las Personas (Percepción de los grupos de interés).	Atención centrada en el paciente.
			Resultados en los Clientes (Percepción de los grupos de interés).	
			Resultados en la Sociedad (Percepción de los grupos de interés).	
	Enfoque estratégico y sistemático.	Liderazgo.	Liderazgo (Cultura de la organización y liderazgo).	Gobierno, liderazgo y dirección.
			Estrategia (Propósito, visión y estrategia).	
	Participación total de los empleados.	Participación o compromiso de las personas.	Personas (Implicar a los grupos de interés).	<ul style="list-style-type: none"> • Cualificación y educación del personal. • Educación de profesionales médicos. • Programas de investigación con seres humanos.
Seguridad clínica.	Centrado en el proceso.	Enfoque basado en procesos.	Alianzas y Recursos (Gestionar el funcionamiento y la transformación).	Gestión de la información.
			Procesos, Productos y Servicios (Procesos, Productos y Servicios). (Gestionar el funcionamiento y la transformación. Crear valor sostenible). Resultados clave (Rendimiento estratégico y operativo).	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos internacionales para la seguridad del paciente. • Mejora de la calidad y de la seguridad de los pacientes. • Prevención y control de infecciones. • Gestión y seguridad de las instalaciones.

Dimensiones de la calidad (resumen)	Principios de Calidad Total	Principios de gestión de la calidad	Criterios del modelo EFQM	Categorización de los estándares en la JCHAO
Calidad científico-técnica.	Sistema integrado.			<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de los pacientes. Atención de los pacientes. Anestesia y atención quirúrgica. Manejo y uso de los medicamentos.
	Toma de decisiones basadas en hechos.	Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.		
	Comunicaciones.	Relaciones con proveedores mutuamente beneficiosas.		
	Mejora continua.	Mejora continua.		Acceso y continuidad de la atención.

* Entre paréntesis, los criterios del modelo EFQM 2020.

Fuente: elaboración propia.

Todas estas categorías, principios o criterios tienen una semejanza importante, y deben ayudar a ubicar adecuadamente por apartados los estándares que se definan.

Concepto clave 4º, sobre las categorías para los estándares.

- Toda estructura, sistema o modelo de calidad debe estructurarse en apartados, categorías o criterios para incluir, ordenadamente, los conceptos complejos que incluye la “calidad”, con los estándares elaborados, a modo de continente.
- Los principios de Calidad Total, los principios universales de gestión de la calidad en ISO, los 9 criterios del modelo EFQM y la categorización de la JCAHO, tienen muchos conceptos en común, para clasificar los estándares que se elaboren para las Unidades de Calidad.

2.5. Ciclo de Mejora Continua.

Se define la “mejora continua” como aquella actividad recurrente que permite aumentar la capacidad de cumplir los requisitos solicitados⁶³. Históricamente, Francis Bacon, creador del empirismo, influyó definitivamente al describir el “método científico”: observación, hipótesis, experimentación, demostración o refutación y tesis o teoría científica.

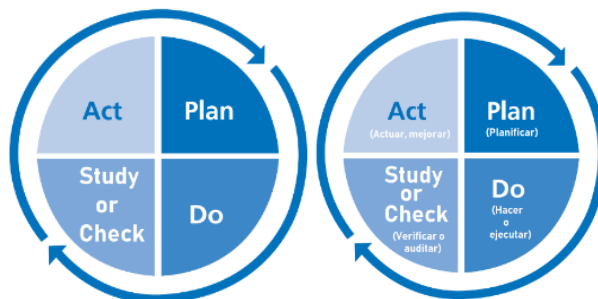
Si bien, no fue hasta Shewhart a inicios del siglo XX cuando describió el Ciclo de Mejora Continua, PDCA o PDSA (PLAN – DO – STUDY/CHECK– ACT) (PLANIFICAR – HACER – ESTUDIAR o VERIFICAR – ACTUAR), o ciclo de Shewhart (**Figura 4**)⁶⁴. Con Deming, influido por la filosofía de mejora continua japonesa Kaizen (“cambio a mejor”), se instauró el concepto de “mejora continua”⁶⁵.

El ciclo PDCA se inicia con la “**planificación**” de aquellas actividades susceptibles de mejora con el establecimiento de los objetivos a alcanzar; “**hacer**” implica ejecutar las acciones planificadas; “**verificar**” significa analizar las actividades ejecutadas comprobando que se alcanzan los objetivos previstos; y finalmente “**actuar**” cuando se estudian los resultados obtenidos y se comparan con los indicadores previos a las actividades de mejora.

Las consecuencias de implementar un Ciclo de Mejora Continua serían, o bien se alcanza el objetivo (resultado positivo) lo que significa que las actividades realizadas pueden seguir aplicándose; o bien se obtiene un resultado negativo cuando no se consigue el objetivo previsto.

Todos los modelos de gestión de la calidad están basados en la necesidad de mejora continua, y que esta, además, esté justificada y documentada.

Figura 4. Círculo de PDSA, PDCA o de Shewhart.



Fuente: NHS England and NHS Improvement⁶⁴.

El Ciclo de Mejora Continua se aplica dependiendo del modelo de calidad que se analiza, si bien todos ellos describen unas fases de desarrollo semejantes. El Ciclo se revisa, a continuación, en:

- Modelo EFQM: Esquema o lógica REDER
- Sistema de Acreditación de la JCAHO
- ISO 9001
- Metodología LEAN HEALTHCARE
- Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña
- Metodología SIX SIGMA: DMAIC

El análisis y la comparación entre los enfoques de los ciclos de mejora anteriores, se deberían orientar hacia qué tipo de sistema de evaluación, basado en la mejora continua, y se podrían utilizar y aplicar en el desarrollo de un sistema de estándares.

2.5.1. Ciclo de Mejora Continua. Modelo EFQM: lógica REDER.

Con la utilización del Modelo EFQM y en los datos de la encuesta anual realizada por la organización en 2014, los usuarios valoraban la importancia de «el desarrollo de una cultura de mejora continua» con un 93% de respuestas afirmativas. En el Modelo, la objetivación de la mejora continua se materializa en el denominado “Esquema o Lógica REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión)” lo que proporciona una visión integral del desempeño real de la empresa (**Figura 5**)⁶⁶.

El REDER se aplica a los RESULTADOS alcanzados determinando los siguientes atributos⁶⁷:

- Tendencias positivas y/o rendimiento sostenido.
- Objetivos adecuados y alcanzados.
- Rendimiento adecuado comparándose con otras organizaciones.
- Consecuencia de los enfoques (causa-efecto)
- Aplicación de los resultados en áreas relevantes (alcance)

Asimismo, en el REDER aplicado a los AGENTES se establecen los siguientes atributos⁶⁸:

- ENFOQUES.
 - Sólidamente fundamentados.
 - Integrados.
- DESPLIEGUES
 - Implementado en áreas relevantes y sistemáticamente.
- EVALUACIÓN y REVISIÓN
 - Medición regular.
 - Formación.
 - Establecer prioridades.
 - Planificar e implementar mejoras.

A partir de evaluar el REDER mediante porcentajes de resultados alcanzados según los atributos anteriores, se obtiene un grado de cumplimiento global de cada criterio, lo que se visualiza en una tabla de puntuación de hasta 1000 puntos. Así, el equipo puede autoevaluarse, o puede recibir una evaluación externa para obtener un certificado de cumplimiento o “sello” de calidad, en lenguaje EFQM.

La puntuación final determina el nivel de calidad o excelencia de la organización, y visualiza sus fortalezas y áreas de mejora.

Figura 5. Esquema REDER. Modelo EFQM 2013.



Fuente: EFQM.es⁶⁶.

2.5.2. Ciclo de Mejora Continua. Acreditación de la JCAHO.

En 2020, la JCAHO publicó la 7ª edición de los estándares de acreditación internacional de la “Comisión Conjunta para Hospitales” en todo el mundo, divididos en dos grandes áreas (la atención centrada en el paciente, y gestión de las organizaciones)⁶⁹. Estos estándares definían las necesidades de desempeño, estructuras y funciones para que un hospital alcance una excelente calidad asistencial.

En la acreditación, el Ciclo de Mejora Continua está presente a lo largo de los diversos estándares⁷⁰; en el “Estándar QPS.1”, se describe que “una persona capacitada guía la implementación del programa, mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los pacientes en el hospital”.

Se destaca, como PDCA, la necesidad de “contar con conocimientos y experiencia en muchas facetas de la recolección, la validación y el análisis de datos y en la implementación de mejoras sostenibles”.

En definitiva, en la JCAHO, la mejora de la calidad se enfoca al “estudio continuo y la mejora de los procesos de la provisión de servicios de atención médica para satisfacer las necesidades de los pacientes y de otras personas”. Entre los sinónimos adoptados, se incluyen: mejora continua de la calidad, mejora continua, y mejora del desempeño de toda la organización.

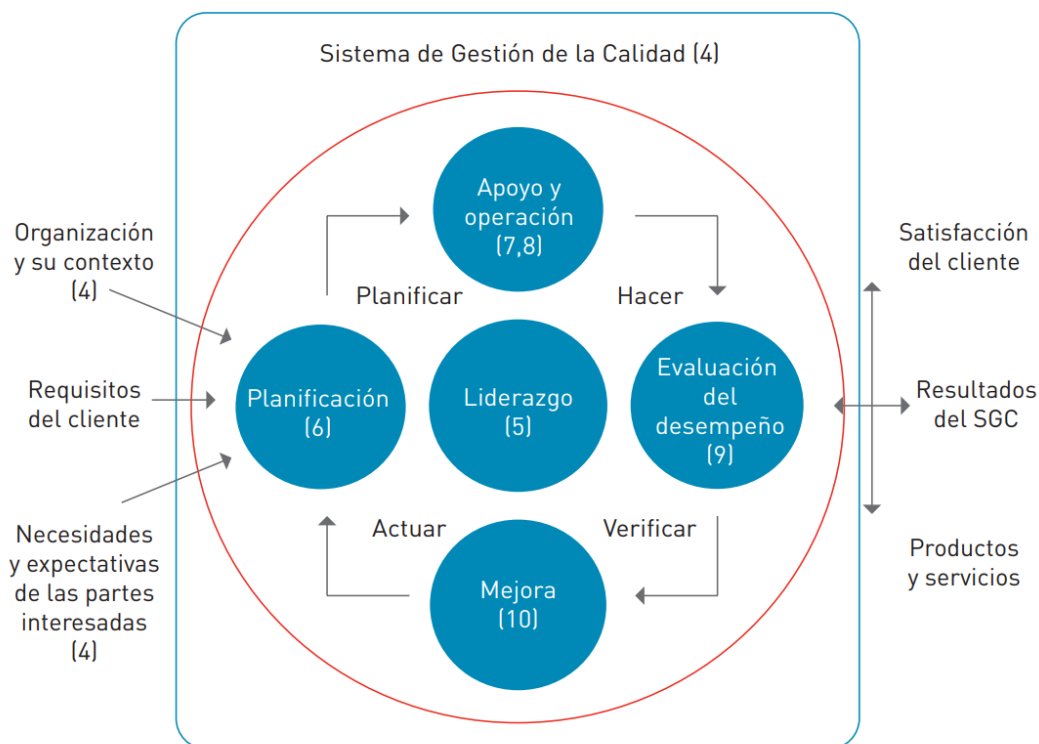
2.5.3. Ciclo de Mejora Continua. ISO 9001.

Las normas ISO y, concretamente, las 9001 sobre los requisitos para establecer un sistema de gestión de la calidad incluyen, a lo largo de la norma 9001:2015, todo un entramado constante de mejora continua, cristalizando en el apartado 10.3 específico de “mejora continua” (**Figura 6**)⁷¹. Se propone una mejora continuada de la organización en lo referente a “la idoneidad, la adecuación y la eficacia del sistema de gestión de la calidad”, y se deben tener en cuenta “los resultados del análisis y la evaluación, así como los elementos de salida de la revisión a cargo de la dirección, a fin de determinar si hay una necesidad o una oportunidad que se haya de abordar como parte de la mejora continua”.

Los equipos que implantan la norma 9001:2015 sobre gestión de la calidad, deben demostrar la materialización del Ciclo de Mejora Continua en el trabajo diario de su equipo asistencial. Ello consiste en evaluar todas las actividades, mediante indicadores y realizadas por el equipo, para comprobar que cumplen o mejoran con las metas y los objetivos previstos; en caso contrario, el resultado negativo se trabaja como una incidencia o una “no conformidad” (oportunidad de mejora, o “no conformidad” menor o mayor, según la intensidad) con lo que se debe proceder a iniciar un PDCA. El Ciclo de Mejora Continua, con mayor o menor detalla, se realiza de la siguiente forma:

- Describir el problema surgido; y si requerirá una acción correctiva o preventiva, si procede de una reclamación de un proveedor, si es de origen interno al equipo o externo, o si se ha detectado en una auditoría interna o externa, entre otros factores.
- Detallar las posibles causas que lo han provocado.
- Proponer aquellas acciones de mejora que puedan solucionarlo, tanto inmediatas como a medio o largo plazo, a partir de las causas descritas.
- Realizar el seguimiento periódico y la progresiva consecución de las soluciones propuestas.
- Y, finalmente, verificar la eficacia de las soluciones implementadas (revisión), con el cierre de la “no conformidad”.

Figura 6. Representación de la estructura de esta norma internacional en el ciclo de PDCA.



Fuente: Norma UNE-EN ISO 9001. AENOR⁷¹.

2.5.4. Ciclo de Mejora Continua. Metodología LEAN HEALTHCARE.

Para abordar los problemas asociados a la mejora continua en calidad, las organizaciones sanitarias han buscado inspiración fuera del sector sanitario⁷², para aumentar su eficiencia y mejorar sus procesos, con un enfoque orientado a eliminar “lo sobrante y los desperdicios” de las actividades asistenciales y aumentar el “valor” para los pacientes⁷³. Se ha considerado el concepto “valor” como, aquellas “actividades que mejoran la calidad de la atención médica y promueven el bienestar del paciente para lograr mejores resultados”⁷⁴; y “desperdicio” es cualquier cosa que no sea la cantidad mínima de espacio, equipo o tiempo del personal que es necesario para agregar valor a un servicio o producto⁷⁵.

Todos estos conceptos anteriores se tratan en el LEAN HEALTHCARE. En su traducción al inglés, LEAN significa “esbelto”, eliminando “lo sobrante y los desperdicios”, y se inició en el sistema de producción de la fábrica de coches Toyota para aumentar la eficiencia de los procesos⁷⁶. En los EE.UU., una encuesta encontró que alrededor del 70% de los hospitales implementaban LEAN o enfoques similares⁷⁷.

El LEAN HEALTHCARE propone herramientas para ejecutar un análisis de los problemas e iniciar la mejora continua de un proceso, destacando entre ellas la aplicación de la herramienta A3⁷⁸. Esta, trabajada con la implicación del conjunto del equipo, materializa el método PDCA y permite organizar las acciones de mejora, los proyectos y sugerir soluciones a los problemas. Así, como describe el Ciclo de Mejora Continua, el A3 (mismo nombre que la medida del formato de una hoja) incluye (Figura 7)⁷⁹:

- La situación inicial y la descripción del problema o problemas con sus indicadores negativos, los objetivos a alcanzar, el análisis de las posibles causas que lo han provocado (en 4 apartados).
- La propuesta de plan de acciones con sus responsables y cronograma, de acuerdo a las causas detectadas.
- Seguimiento periódico de los indicadores.
- Y, finalmente, verificar la eficacia de las soluciones implementadas (revisión), con el cierre del problema.

Figura 7. Herramienta “A3” de LEAN HEALTHCARE.

INFORME A3. Nombre del proceso	
<p>1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</p> <p>Descripción clara y concisa del problema utilizando en la medida de lo posible datos cuantitativos. Importante detallar únicamente lo necesario para hacer que el problema sea comprensible.</p>	<p>5 PROPUESTAS DE MEJORA</p> <p>Indicar cuales son las propuestas de mejora para intentar lograr los objetivos anteriormente indicados.</p>
<p>2 SITUACIÓN ACTUAL</p> <p>Descripción del proceso en el que surge el problema. Para el mejor entendimiento es aconsejable utilizar esquemas y diagramas. Lean Construction emplea una técnica llamada VSM (Value Stream Mapping), mediante la cual se realiza un estudio y se mapean los procesos de construcción. En este apartado puede introducirse el mapa del estado actual del proceso. Se deben utilizar en la medida de lo posible datos cuantitativos y es muy importante resaltar el problema dentro del proceso.</p>	<p>6 PLAN DE ACCIÓN</p> <p>Desarrollar, en un plan de acción, las propuestas de mejora detalladas anteriormente para alcanzar los objetivos, determinando responsables, que se espera obtener con cada medida y la fecha prevista de inicio y fin. Además, se debe determinar los indicadores de evaluación de la implementación de las mejoras.</p>
<p>3 ANÁLISIS DE LA CAUSA RAÍZ</p> <p>Análisis detallado del problema y sus causas para identificar la causa raíz. Para ello se emplea principalmente la técnica de los 5 porqués, en la que simplemente nos preguntamos 5 veces por qué ocurre el problema que planteamos en cada contestación. También se puede emplear en este apartado el diagrama de Ishikawa.</p>	<p>7 SEGUIMIENTO Y RESULTADOS</p> <p>Definir las instrucciones para la medición de los resultados de la ejecución y la documentación de estos. Además, se debe fijar un periodo para que, si los resultados obtenidos difieren de los esperados, se investigue el por qué y se apliquen contramedidas que permitan obtener los resultados previstos.</p>
<p>4 OBJETIVOS</p> <p>Establecer cuales son los objetivos a los que se quiere llegar. Pueden ser objetivos de coste, de tiempo, de calidad etc. Se aconseja que los datos sean lo más cuantitativos posible.</p>	

Fuente: Think-productivity⁷⁹.

2.5.5. Ciclo de Mejora Continua. Acreditación en Cataluña.

El modelo de estándares de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña, se aprobó con el Decreto 5/2006, de 17 de enero, con dos versiones sucesivas, en 2013 y en 2020, e incluye la “mejora continua” a lo largo del modelo, con su representación en los subcriterios y estándares⁸⁰.

El modelo, que sigue la filosofía y la terminología de la versión 2013 de EFQM, recoge los estándares para los centros sanitarios con los siguientes principios:

- Orientación a la satisfacción de los ciudadanos.
- Orientación a la satisfacción de los profesionales.
- Evaluación centrada en el proceso y orientada a resultados.
- Promoción de la mejora continua de las organizaciones sanitarias que se acreditan.
- Promoción de un impacto positivo en la sociedad.

Como en el Modelo EFQM, para esta acreditación se incluye una variación del esquema REDER.

Para evaluar los “agentes” (criterios 1, 2, 3, 4, 5), se precisa de una puntuación mínima, considerándose cumplido si se evalúa en la máxima puntuación de 3 o 4 (evidencias objetivables de planes y acciones en desarrollo). Para la evaluación de “resultados” (criterios 6, 7, 8, 9) se evalúan ponderadamente: 1º relevancia de resultados (“no se mide / no se cumple”, o “se mide / se cumple”); y 2º, rendimiento de resultados, cuando su cumplimiento se evalúan, mediante porcentajes, los “objetivos” planteados alcanzados, y la “tendencia” positiva o negativa en los últimos 3 años.

2.5.6. Ciclo de Mejora Continua. Metodología SIX SIGMA: DMAIC.

“Six Sigma”, término definido por Bill Smith, desarrolla la mejora continua de los procesos, centrándose en disminuir y eliminar los errores de los mismos. La metodología describe las fases que la componen con el acrónimo DMAIC: “Definir, Medir, Analizar, Mejorar y Controlar” (**Figura 8**)⁸¹.

Con la DMAIC⁸², se “define” el proceso que será evaluado, el equipo del proyecto, y los objetivos que se mejorarán; se “miden” e identifican sus variables; se “analizan” los resultados relacionados con las causas del problema; se “mejora” con la implementación del plan de acción planteado; y, finalmente, se “controla” para asegurar la continuidad del proceso y su eficacia respecto a los objetivos planteados.

Figura 8. Metodología SIX SIGMA.



Fuente: Montes Luna MF⁸¹. Club responsables de gestión de calidad.

Concepto clave 5º, sobre el Ciclo de Mejora Continua.

- El Ciclo de Mejora Continua se objetiva y materializa en el PDCA (PLANIFICAR – HACER – ESTUDIAR o VERIFICAR – ACTUAR).
- Todos los modelos internacionales de gestión de la calidad establecen un Ciclo de Mejora Continua, con grandes semejanzas con el PDCA.
- Entre estos tipos de PDCA, destaca, por su exhaustividad y cuantificación, el esquema o Lógica REDER del modelo EFQM, basado en la propuesta de evaluación para los criterios AGENTES (enfoque, despliegue, evaluación y revisión), y para los RESULTADOS (tendencias, objetivos, rendimiento, consecuencias y alcance).

2.6. Modelos internacionales de calidad: acreditación y certificación.

Varios modelos internacionales ofrecen propuestas alternativas para mejorar la seguridad y la calidad de los procesos asistenciales, a partir de la acreditación o certificación de centros o equipos, como una marca de prestigio y compromiso. Los modelos de referencia actuales se circunscriben a la Norma ISO, al de la JCAHO, y al

modelo EFQM⁸³, ofreciendo acreditar o certificar mediante una auditoría externa la gestión de la calidad que se realiza.

La organización ISO se fundó en 1947 en Ginebra para asegurar la calidad de las organizaciones con la elaboración de las normas ISO. La JCAHO, fundada en 1951, evalúa y acredita, estableciendo los requisitos a cumplir por los centros asistenciales. La EFQM, creada en 1988, promueve un modelo de Calidad Total acreditando todo tipo de empresas de variados sectores⁸⁴.

La acreditación y la certificación son conceptos diferentes^{85 86 87}. En la acreditación (EFQM y JCAHO), se evalúa la calidad utilizando unos estándares o criterios preestablecidos con un nivel de reconocimiento determinado, y en la certificación (ISO) certifica anualmente que la organización trabaja con procedimientos documentados, de acuerdo con los requisitos de una norma relacionada con su actividad. Los aspectos coincidentes y las diferencias entre los tres grandes modelos de gestión de la calidad anteriores se describen a continuación.

Por sus semejanzas:

- Se orientan plenamente al cliente.
- Promueven la mejora continuada aplicando el ciclo PDCA.
- Pretenden mejorar los resultados de las empresas.
- Precisan del compromiso de la alta dirección.
- Permiten una autoevaluación (análisis que realiza la propia empresa para conocer su situación actual e implementar planes de mejora).
- Pueden solicitar evaluaciones externas para obtener reconocimientos y premios.

Por sus diferencias son:

- El modelo EFQM y la Norma ISO son aplicables a empresas de cualquier sector de servicios o de producción, si bien la JCAHO evalúa exclusivamente organizaciones sanitarias.
- La ISO, centrada únicamente en el cliente y en los procesos, describe requisitos a cumplir por un centro en su totalidad o por equipos asistenciales de menor tamaño o monográficos, que deben ser auditados externamente; en cambio, EFQM y JCAHO se centran mayoritariamente en el conjunto de la empresa. EFQM tiene una visión más amplia, también centrada en los procesos, midiendo la progresión y la mejora del conjunto de toda una organización, haciendo especial hincapié en sus grupos de interés (clientes, profesionales, socios, proveedores, sociedad). La JCAHO se centra en sus estándares, orientados a los pacientes y a la práctica clínica de los profesionales y a la gestión de toda la organización, empleando un lenguaje próximo, motivador y más comprensible para los profesionales: seguridad clínica, formación ética, o protección de los derechos del usuario, entre otros.

- La cadencia de las evaluaciones externas varía: en EFQM y JCAHO se realizan cada 3 años, y en ISO son anuales (incluyendo la obligatoriedad de una auditoría interna).
- Respecto a la posibilidad de efectuar autoevaluaciones, EFQM dispone de una herramienta-perfil para ello, mientras que en los otros 2 modelos no existen.
- La dificultad organizativa de implementar uno u otro modelo, es más baja en la ISO, moderada en la JCAHO y alta en EFQM.
- La sistematización de las recomendaciones elaboradas en la JCAHO, de normas o requisitos en la ISO, y de propuestas de mejora en EFQM, son más comprensibles en la ISO y en la JCAHO, y algo menos en EFQM.
- LA ISO puede convivir en una misma organización, junto a cualquiera de los otros modelos, siendo más difícil la simultaneidad entre EFQM y JCAHO.

En la **Tabla 2** se muestra un análisis comparativo entre 3 sistemas internacionales de excelencia.

El beneficio de implementar los modelos o normas de estas organizaciones que promueven la calidad podría ser importante; así, en distintos estudios, cuando se evaluaban organizaciones sanitarias acreditadas y/o certificadas, frente a aquellas que no disponían de las mismas, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a favor de la acreditación o certificación^{88 89 90}.

En resumen, el modelo EFQM es más completo, pero también más complejo. Está claramente enfocado a la satisfacción de todas las partes interesadas (grupos de interés), no es obligatorio, y posibilita una autoevaluación interna, determinando oportunidades de mejora, con la implicación de todos los profesionales hacia la calidad. La Norma ISO 9001 es un modelo muy adecuado para evaluar organizaciones en su conjunto, si bien se adapta más a procesos concretos en equipos de proceso: laboratorio o farmacia, entre otros. El modelo JCAHO fue creado específicamente para instituciones sanitarias, con una orientación más clínica a nivel hospitalario, y menos gestora globalmente.

En general, la mayoría de organizaciones sanitarias y sociedades científicas que han elaborado estándares y los han incorporado a un sistema de evaluación para sus procesos asistenciales, han optado por escoger un modelo de acreditación, más que de certificación; implementando metodologías propias^{91 92 93 94} categorizadas a partir de los principios de la gestión de la calidad, o muy semejantes o mixtas a alguno de los 2 modelos internacionales (EFQM o JCAHO), mayoritariamente EFQM^{95 96 97}.

Tabla 2. Comparativa de los sistemas internacionales de la gestión de la calidad.

Variables	ISO 9001	EFQM	JCAHO
Origen del sistema	Mundial	Europeo	USA
Alcance	Certificar equipos concretos, u organizaciones globales	Acreditación global, siempre toda la organización	Acreditación global, siempre toda la organización

Variables	ISO 9001	EFQM	JCAHO
Sectores	Cualquier sector productivo o de servicios	Cualquier sector productivo o de servicios	Solo el sector sanitario
Ámbitos	Cualquiera	Cualquiera	Sobre todo, atención primaria y hospitalaria
Sistema prescriptivo: exigencia en la mejora	Sí (obligatoriedad de las auditorías)	NO (se puede dejar la acreditación a demanda)	NO (se puede dejar la acreditación a demanda)
Certificación: cadencia	Recertificación cada 3 años, con auditoría externa anual	Cada 3 años y se certifica una MEMORIA	Cada 3 años, con actualización - revisión cada 2 años
Audidores	Internos y externos	Externos	Externos
Controles obligados anuales	2 auditorías anuales (interna y externa)	No	No
Posibilidad de realizar autoevaluaciones estructuradas	Sí (auditoría interna anual)	Sí (herramienta perfil)	No
Metodología de la evaluación	Metodología genérica. Acciones de mejora periódicas y auditorías obligadas	Metodología genérica. Autoevaluaciones periódicas no obligadas con la Herramienta Perfil	Acciones de mejora periódicas y auditorías no obligadas
Metodología: dificultad	Baja	Alta	Moderada
Auditorías	2 anuales obligadas (interna y externa)	Cada 3 años, no obligadas	Cada 3 años, no obligadas
Voluntariedad de las auditorías	No	Sí	Sí
Acciones de mejora	Periódicas	Periódicas	Periódicas
Sistematización	Alta (norma)	Baja (recomendaciones)	Alta (estándares)
Necesidad de elaborar PROCEDIMIENTOS, PNT, CIRCUITOS ... A demanda de un auditor	Alta	Moderada	Moderada
Herramientas informáticas: necesidad	No	Sí (herramienta perfil)	No
Necesidad de apoyo de un Equipo o Unidad de Calidad	Moderada	Muy alta	Muy alta
Implementación y experiencia en Europa	Muy alta	Moderada	Baja
Similitud con la Acreditación del Departamento de Salud*	No	Sí	Moderada
Compatibilidad entre los sistemas	Sí	Moderada	Moderada
Más comprensible por los clínicos	Sí	No	Sí
Modelo: tipos	Centrada en el cliente y los procesos	Centrada en la Calidad Total de la empresa en su conjunto	Centrada en el paciente, en los procesos y en la práctica clínica
Interpretable: puede generar dudas	NO, muy concreta	Sí	NO, muy concreta
Coste de las auditorías externas	Baja	Alta	Alta

*En Cataluña

Fuente: elaboración propia.

Concepto clave 6º, sobre la acreditación y la certificación.

- La acreditación y la certificación son conceptos diferentes.
- En la acreditación (EFQM y JCAHO) se evalúa la calidad utilizando unos estándares o criterios preestablecidos con un nivel de reconocimiento.
- En la certificación (ISO), se certifica anualmente que la organización trabaja con procedimientos documentados, de acuerdo con los requisitos de una norma relacionada con su actividad.
- Existen semejanzas y diferencias entre los 3 grandes modelos.
- El modelo EFQM es más completo, pero también más complejo; orientado a evaluar al conjunto de la organización, y dirigido a todo tipo de empresa de diversos sectores de producción y servicios. La ISO 9001 es adecuada para evaluar también organizaciones en su conjunto, si bien se adapta más a procesos concretos en equipos de proceso: laboratorio o farmacia, entre otros. Y el modelo JCAHO fue creado específicamente para instituciones sanitarias, con una orientación más clínica a nivel hospitalario.
- En general, la mayoría de organizaciones sanitarias o sociedades científicas que han elaborado estándares y los han incorporado a un sistema de evaluación para sus procesos asistenciales, han optado por escoger un modelo de acreditación, más que de certificación; implementando metodologías muy semejantes a alguno de los 2 modelos internacionales (EFQM o JCAHO), mayoritariamente EFQM, y en algunos casos mixtos.

2.7. Sistemas de evaluación de la calidad en Europa y España.

Diversas sociedades científicas y organizaciones sanitarias han elaborado y publicado estándares, sobre la mejora de la calidad de sus procesos asistenciales. Estos estándares van desde recomendaciones no prescriptivas ni obligatorias^{98 99 100 101 102 103 104}, hasta sistemas de evaluación más complejos pero voluntarios¹⁰⁵, o bien procesos de acreditación obligatorios supeditados, por ejemplo, a impartir docencia, concertar servicios sanitarios públicos con la administración, o evaluar la calidad asistencial de los centros^{106 107}. En muchos de ellos, las organizaciones inicialmente se autoevalúan, y posteriormente reciben una auditoría externa, emitiéndose finalmente la acreditación con el grado de cumplimiento de los estándares^{108 109 110}.

En España, el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹¹¹ define, en la estrategia 7ª, la recomendación de “acreditar y auditar centros y servicios sanitarios”, y en la estrategia 8ª “mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS”. En esa dirección, el SNS, en colaboración de diferentes expertos y asociaciones, ha publicado en los últimos años un conjunto de documentos

denominados "Estándares y recomendaciones de calidad de las unidades asistenciales" de unidades clínicas prioritarias para el SNS¹¹²; por ejemplo, para las unidades del sueño, esterilización, áreas del corazón, tratamiento del dolor, cuidados Intensivos, o enfermedades inflamatorias intestinales, entre otras. Estos estándares, confeccionados por iniciativa del Ministerio de Sanidad, no tienen un carácter obligatorio para autorizar o no el inicio de las unidades o servicios; solo pretenden asegurar todas aquellas condiciones de calidad de los equipos asistenciales en todas sus dimensiones, y en lo referente a sus 3 componentes: calidad científico-de los profesionales, percepción, experiencia y satisfacción de los pacientes y familiares, y calidad institucional o corporativa.

En Europa^{113 114}, los gobiernos, a través de sus ministerios de salud, y en España en las CCAA, se utilizan modelos basados en indicadores para evaluar la calidad de los servicios sanitarios prestados^{115 116}. Los indicadores de la web del SNS español¹¹⁷, describen los resultados de algunas dimensiones de la Calidad, tanto desde el punto de vista global español como en las CCAA. En ellos, se detallan dimensiones como la accesibilidad a los servicios de salud (vacunaciones, cribados, tiempos de espera de intervenciones o pruebas o consultas), la efectividad (de vacunas, trasplantes), la seguridad clínica (infecciones hospitalarias, reacciones adversas, mortalidad intrahospitalaria), y la satisfacción de los usuarios y pacientes (con el funcionamiento del sistema sanitario, seguimiento sanitario, e información recibida).

Resumidamente, los modelos de gestión de la calidad existentes en España se clasifican en^{118 119 120}:

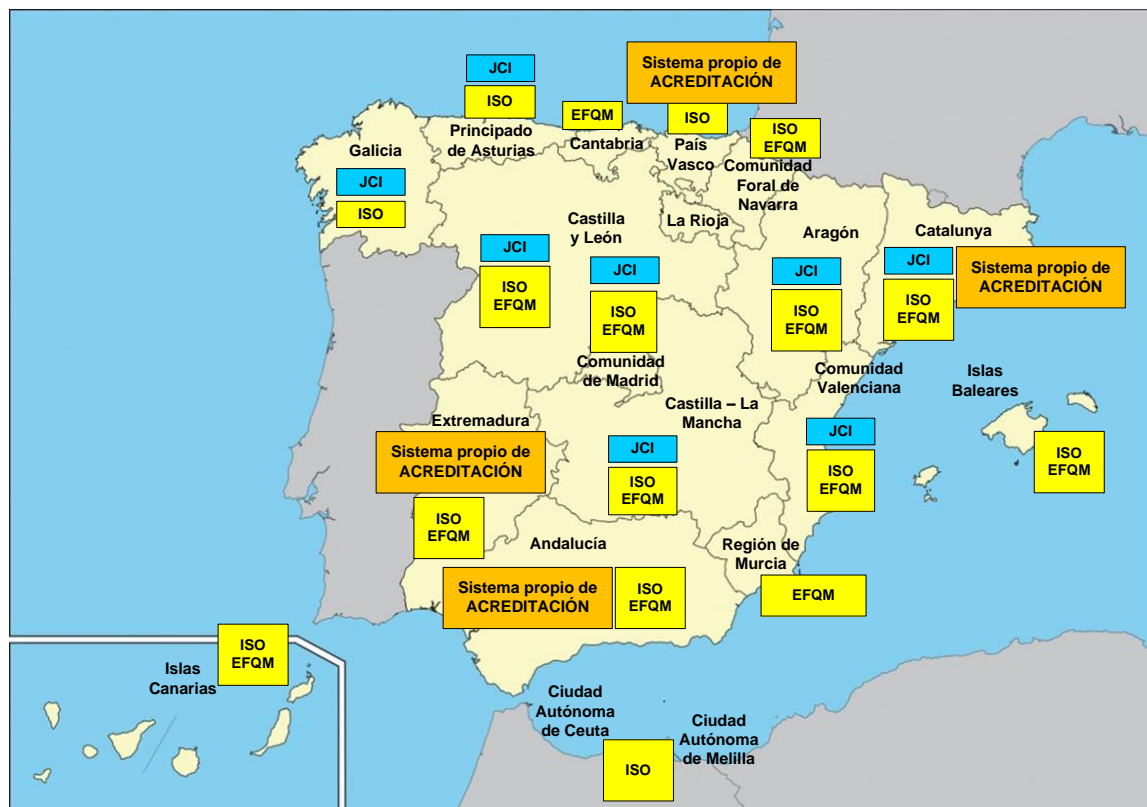
- Sistemas de acreditación propios, en algunas CCAA, que integran aspectos o metodologías de los tres siguientes.
- ISO: con más de 1000 certificaciones de centros, servicios o unidades en 2021.
- EFQM: con más de 130 centros acreditados en 2013.
- JCAHO: con 24 centros acreditados en 2021.

Más concretamente, en las comunidades autónomas, entre centros sanitarios públicos y privados, se destacan algunos de los principales sistemas de gestión de la calidad implementados en los últimos años (**Figura 9**):

- **Andalucía:** dispone de un sistema propio de acreditación, liderado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Ha desarrollado un creciente número de procesos de certificación a través de los programas de acreditación. Algunos centros están acreditados por la JCAHO y la EFQM.
- **Cataluña:** sistema propio, basado en el Modelo EFQM y en estándares tipo JCAHO, con experiencias en servicios de soporte mediante la ISO, y algunos centros acreditados directamente por la JCAHO o EFQM.
- **País Vasco:** apuesta por la Calidad Total en todos los ámbitos de la asistencia y de la gestión. La Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad (FVFC) "Euskalit" inició en 2015 un modelo propio denominado "Modelo de Gestión Avanzada"; además de certificaciones ISO en servicios concretos y algún centro con la JCAHO.

- **Extremadura:** dispone de un sistema propio de acreditación basado en EFQM. Algunos centros están acreditados por la JCAHO.
- **Castilla – La Mancha:** ha establecido sus estándares de calidad a partir del Modelo EFQM; algunos centros disponen también de la acreditación de la Joint Commission International.
- **Comunidad de Madrid:** su sistema de calidad se basa en la acreditación EFQM, certificaciones ISO, y algunos centros con la JCAHO.
- **Comunidad Valenciana:** incluye sobre todo certificaciones ISO, acreditaciones de JCAHO y algún centro con EFQM.
- **Galicia:** con certificaciones ISO en servicios concretos de centros sanitarios, y algunos centros con la JCAHO y EFQM.

Figura 9. Mapa con los principales sistema o modelos de Calidad asistencial.



ISO: International Organization for Standardization. **EFQM:** European Foundation for Quality Management. **JCI:** Joint Commission International.

Fuente: elaboración propia.

Como en ya existe en la mayoría de CCAA, en la web del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, en su apartado de “Estadísticas sanitarias”¹²¹ se presenta un cuadro de mando con los principales indicadores, destacando su “Observatorio de Salud”¹²² en donde se pueden consultar indicadores de calidad de los ámbitos de atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria, salud mental y adicciones, salud pública, emergencias médicas, formación sanitaria y especializada, e investigación en ciencias de la salud. Los informes anuales que se reportan incluyen indicadores sobre: satisfacción

de los pacientes; accesibilidad en ciertos tipos de patologías (enfermedades cardiovasculares), tiempos de espera de intervenciones, infecciones nosocomiales o trasplantes; y eficiencia (sostenibilidad del sistema).

Concepto clave 7º, sobre los sistemas de evaluación de la calidad.

- La acreditación voluntaria con un período de cadencia de 3 años o más, mediante estándares, es la herramienta más empleada en distintas instituciones sanitarias y sociedades científicas, para evaluar la calidad asistencial.
- El objetivo de la acreditación pretende asegurar todas aquellas condiciones de calidad en todas sus dimensiones, y en lo referente a la calidad científico-de los profesionales, percepción, experiencia y satisfacción de los pacientes y familiares, y calidad institucional o corporativa.
- Los estándares se relacionan principalmente con la accesibilidad a los servicios de salud, la efectividad, la seguridad clínica, y la satisfacción de los usuarios y pacientes.
- Los modelos de calidad más frecuentes existentes en España se basan, sobre todo, en certificaciones ISO de equipos o centros sanitarios, acreditaciones EFQM, acreditaciones propias basadas en EFQM, o con menos frecuencia, sistemas de acreditación propios.
- Es indispensable la concienciación de las administraciones públicas y de los departamentos de salud, para incluir las Unidades de Calidad en el organigrama y la estructura de los centros sanitarios.
- La publicación de la aplicación de los estándares y de sus indicadores permite difundir los resultados de salud de los centros entre los ciudadanos.

2.8. Unidades de Calidad (UCAL).

2.8.1. Introducción.

El gran desafío al que se enfrentan las organizaciones sanitarias radica en implementar adecuadamente programas de mejora de la calidad, pues se han demostrado a lo largo de los años deficiencias importantes y persistentes en la calidad de la atención médica^{123 124 125}.

Si bien Donabedian ya definió en su momento la tríada de estructura, proceso y resultado¹²⁶, la “estructura” ha recibido una atención mucho menor que el resto¹²⁷. En la mejora de la estructura se incluirían aspectos como un liderazgo experto en la gestión de la calidad, la cultura corporativa, un diseño organizacional y organigrama

adecuados, unos reconocimientos incentivadores y, finalmente, la comunicación y unas herramientas tecnológicas informáticas potentes. Al ser la calidad el núcleo relevante de los resultados de los centros, se precisan estructuras organizacionales que la aborden desde una perspectiva de gestión¹²⁸. Y es, precisamente, entre estas “estructuras” organizacionales donde se sitúan las “Unidades de Calidad”.

2.8.2. Definición.

Se define la “Unidad de Calidad”¹²⁹ como aquel equipo de profesionales, liderado por un responsable coordinador con dependencia directa de la alta dirección, que asesora la organización en la metodología, definición de objetivos y coordinación de todas las actividades relacionadas con la mejora continua de la calidad asistencial.

Los equipos de calidad o “Unidades de Calidad” desarrollan en España, desde hace años, un papel fundamental en todos de los ámbitos de la sanidad¹³⁰: atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria y salud mental. Donabedian¹³¹, en 1996, ya destacaba la importancia de “los grupos o equipos que asumen, o se les pide que asuman tareas de mejora de calidad”; estos núcleos de profesionales iniciaron su actividad, en este país, para asesorar a las gerencias de los centros sanitarios en la construcción de unidades específicas de calidad. Asimismo, es importante también destacar la figura del coordinador de la Unidad, como cohesionador del equipo y líder en la implementación del Plan de Calidad en la organización.

2.8.3. Las funciones de las “Unidades de Calidad” en España.

En España, la calidad asistencial ha nacido y ha crecido de la mano de las Unidades de Calidad, constituyendo un entramado sólido y potente que proporciona un soporte metodológico a la asistencia. En la práctica, algunas instituciones han incorporado en sus programas y Unidades de Calidad, las funciones y la cartera de servicios de estos equipos¹³². La SECA publicó, después de la 2ª reunión de Coordinadores de Calidad Nacional celebrada en Madrid el 23 de junio de 2009¹³³, sus conclusiones sobre las funciones de la Unidad de Calidad:

- **Difundir la cultura de Calidad.**
- **Fomentar la formación en Calidad:** buenas prácticas, procesos asistenciales.
- **Colaborar y facilitar el seguimiento de la Planificación Estratégica:** indicadores de calidad, evaluar el sistema de gestión del centro.
- **Coordinar y supervisar el Plan de Calidad:** objetivos, acciones de mejora, evaluación de resultados globales.
- **Gestionar el sistema de calidad:** gestión de riesgos y seguridad clínica.
- **Desarrollar y aplicar "Herramientas de Calidad":** potenciando evaluaciones mediante estándares basados en la evidencia científica actualizada.
- **Impulsar y dinamizar comisiones clínicas y “Grupos de Mejora”:** en calidad y seguridad, implementar el Ciclo de Mejora Continua, implementar comisiones y comités.

- **Ofrecer apoyo metodológico:** asesorar en proyectos, actividades de calidad y procesos; implementar objetivos de calidad en los equipos asistenciales; y dar soporte metodológico al conjunto de la organización.
- **Colaborar e integrar la labor de los servicios de Atención al Usuario:** asesorar en los resultados de encuestas, reclamaciones, o sugerencias de pacientes y profesionales.
- **Fomentar la investigación e innovación:** dar apoyo metodológico a los grupos de mejora.

Estas unidades deben orientar y aconsejar a la alta dirección sobre el programa cualitativo del centro, facilitando soporte metodológico y logístico a los profesionales en la implementación de buenas prácticas, y desarrollando en la organización las principales dimensiones de la calidad asistencial: la seguridad clínica, la satisfacción de los usuarios y pacientes, y la eficiencia, entre otras^{134 135}.

En esta línea, en 2017 la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana implementó un proyecto pionero en la administración pública en España, publicando la “Instrucción 3/2017” de la Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público, sobre la “Normalización de las funciones de calidad asistencia y seguridad del paciente en los departamentos/centros de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública”¹³⁶. Con esta instrucción se crearon las denominadas “Unidades Funcionales de Calidad y Seguridad del Paciente (UFCASP), siendo estas “las encargadas de liderar, coordinar e impulsar la calidad y seguridad del paciente en su ámbito de actuación”. En la actualidad funcionan 30 UFCASP, con equipos interdisciplinarios y aplicando el plan de calidad y seguridad del paciente. Esta es, realmente, una de las primeras iniciativas para normativizar, dar protagonismo, e implementar desde las administraciones públicas, las Unidades de Calidad.

Concepto clave 8º, sobre las Unidades de Calidad.

- Una “Unidad de Calidad” está constituida por un equipo de profesionales que asesora a la organización en la metodología de la Calidad.
- La “Unidad de Calidad” es el núcleo central sobre el que deben pivotar el cumplimiento del conjunto de estándares orientados a los profesionales de la propia Unidad.
- La cartera de servicios de la Unidad, es necesaria para elaborar los estándares y delimitar sus funciones.
- La figura del coordinador de la Unidad, con dependencia de la alta dirección, es importante para cohesionar al equipo y liderar la Calidad de la organización.
- Es imprescindible potenciar, dar visibilidad e implementar las Unidades de Calidad desde los Departamentos de Salud de las administraciones.

2.9. Estándares para las Unidades de Calidad: temática singular.

Como se ha descrito anteriormente, existen, por una parte, estándares para recomendar y asesorar a los profesionales en diversas patologías¹³⁷ y, por otra, estándares para evaluar, voluntaria o prescriptivamente, la gestión de la calidad de organizaciones sanitarias en su conjunto o de procesos patológicos¹³⁸.

Sin embargo, ¿qué recomendaciones deben recibir los propios responsables de la calidad de los centros para que desarrollen mejor su trabajo? ¿De qué estándares se deben dotar las Unidades de Calidad, para mejorar también continuamente? A pesar de que los profesionales de estas Unidades de Calidad trabajan diariamente con estándares, y recomiendan acciones de mejora al resto de profesionales en el ámbito de la calidad, ¿de qué pautas de mejora o patrones de referencia se dotan ellos mismos?

Se ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura científica de habla hispana y anglosajona, con diferentes palabras como “estándares”, “estándares para las Unidades de Calidad”, “unidad de calidad”, “Unidades de Calidad”, “Unidades de Calidad asistencial”, “healthcare”, “quality”, “unit”, “units”, “team”, “teams”, “standard”, “standards” en diferentes bases de datos y plataformas. Estas han sido: WEB OF SCIENCE (WOS), PUBMED, CLINICALKEY, SCOPUS, TESIS DOCTORALES EN RED (OATD.org), MEDIMED, PROQUEST, LEGIS, Biblioteca Virtual en Salud-BVS, BIBLIOMED, SCIRIUS, LILACS, OMS, OPS, GOOGLE ACADEMICO, ELSEVIER, SciELO, Portal de evidencia, CINAHL, COCHRANE, MEDLINE, y Dialnet. En esta investigación, el autor de esta tesis doctoral, no ha encontrado publicados, hasta el momento, estándares de calidad, aisladamente o incluidos en una acreditación propia y específica, para los equipos o Unidades de Calidad que se dedican a asesorar sobre la metodología de la calidad asistencial en los centros sanitarios.

Concepto clave 9º, sobre estándares en Unidades de Calidad.

- En la búsqueda realizada para esta tesis, el autor no ha encontrado publicados estándares de calidad, aisladamente o incluidos en una acreditación propia y específica, para los equipos o Unidades de Calidad.

2.10. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

La Sociedad Española de Calidad Asistencial¹³⁹ ha trabajado desde su fundación en asesorar a los profesionales en todos aquellos aspectos de la calidad asistencial, sobre todo, en su vertiente más importante relativa a la seguridad de los pacientes, y con la misión de promover e inculcar una cultura de evaluación en los ámbitos sanitarios.

La SECA detectó en 2015 la necesidad de elaborar unas recomendaciones, a modo de estándares de calidad, con aquellos requisitos que deben reunir los equipos y los profesionales que se dedican a la misma, para alcanzar y mantener sus funciones,

competencias, resultados y mejora continua. Por todo ello, se propuso elaborar y validar estándares de calidad asistencial, e implementarlos y evaluarlos en Unidades de Calidad de centros sanitarios españoles.

Para ello, ya desde 2008, la SECA ha organizado reuniones anuales de coordinadores de calidad de centros sanitarios españoles, para trabajar en la elaboración de proyectos relacionados con la calidad asistencial, como: las funciones de la Unidad de Calidad de los equipos, las necesidades del coordinador de calidad, los indicadores de gestión de las Unidades de Calidad y, sobre todo, desde 2015 hasta la actualidad, la elaboración de un proyecto de acreditación de estas unidades.

A modo de recordatorio se describe en la **Tabla 3**, las reuniones anuales realizadas.

Tabla 3. Reuniones de Coordinadores de Calidad (SECA).

Núm., de reunión	Fecha	Localidad	Lema
1ª	2 de octubre de 2008.	Madrid.	“Identificando las necesidades y expectativas del coordinador de calidad”.
2ª	23 de junio de 2009.	Madrid.	“Funciones de la Unidad de Calidad”.
3ª	11 de marzo de 2010.	Valencia.	“Indicadores de gestión de las Unidades de Calidad de Hospitales”.
4ª	20 de mayo de 2011.	Barcelona.	“Indicadores para medir la calidad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS)”.
5ª	2012.	Zaragoza.	“Indicadores de efectividad clínica”.
6ª	2013.	Madrid.	Reunión de coordinadores de calidad.
7ª	27 de marzo de 2014.	Bilbao.	“Herramienta con la que compartir experiencias”.
8ª	16 de abril de 2015.	Barcelona.	“Consenso para establecer los estándares e indicadores para las Unidades de Calidad”.
9ª	22 de abril de 2016.	Las Palmas de Gran Canaria.	“Modelos de Acreditación propuestos por Sociedades Científicas”.
10ª	21 de abril de 2017.	Oviedo.	“Validación formal y evidencias de los estándares para las Unidades de Calidad”.

Fuente: elaboración propia.

Fruto de los últimos años de trabajo en las distintas jornadas realizadas por los coordinadores de calidad, y del trabajo interdisciplinar de la SECA con otras organizaciones y sociedades, en el Plan Estratégico 2016-2020 de la SECA¹⁴⁰, en su línea estratégica LE1 de Gestión del Conocimiento, se incluyó la propuesta A2 “Acreditación Unidades de Calidad”, con la finalidad de desarrollar estándares para las Unidades de Calidad y construir un sistema de acreditación con los mismos, para evaluar el trabajo y la excelencia de las unidades.

Concepto clave 10º, sobre el papel de la SECA.

- El papel de la Sociedad Española de Calidad Asistencial ha sido, es y será imprescindible para promover, potenciar y desarrollar los estándares para las Unidades de Calidad.

2.11. Diez puntos clave, resumen del marco teórico.

1. La “calidad asistencial” es la misión, el núcleo básico y la razón de ser de las Unidades de Calidad a partir de la cual, a través de su metodología y soporte, asesoran a los equipos asistenciales y a las direcciones de los centros para mejorar los procesos, la calidad científico-técnica que ofrecen los profesionales, y la experiencia recibida por los usuarios y pacientes en la organización sanitaria.
2. La agrupación y el resumen de las dimensiones de la calidad, como son la eficiencia, la seguridad clínica, y la experiencia del paciente/satisfacción, han de ayudar a la categorización de los estándares y, a la vez, definir muchos de ellos, especialmente en la dimensión de la seguridad de los pacientes.
3. Los estándares, en la acepción de “recomendaciones”, se definen como aquella declaración de expectativas que debe poseer o alcanzar una Unidad de Calidad para mejorar la calidad de su equipo y de la asistencia que realizan. Se clasifican en: estructura, proceso y resultado. Los estándares han de ser válidos y fiables, y han de poderse ubicar en un formato informatizado y automatizado de un cuadro de mando, para poder monitorizar sus respectivos resultados.
4. Toda estructura, sistema o modelo de calidad debe estructurarse en apartados, categorías o criterios para incluir, ordenadamente, los conceptos complejos que incluye la “calidad”, con los estándares elaborados, a modo de continente. Los modelos de calidad existentes, tienen muchos conceptos en común, para clasificar los estándares que se elaboren para las Unidades de Calidad.
5. El Ciclo de Mejora Continua se objetiva y materializa en el PDCA (PLANIFICAR – HACER – ESTUDIAR o VERIFICAR – ACTUAR). Todos los modelos internacionales de gestión de la calidad establecen un Ciclo de

Mejora Continua, con grandes semejanzas con el PDCA, destacando el Esquema o Lógica REDER del modelo EFQM.

6. En general, la mayoría de organizaciones sanitarias o sociedades científicas que han elaborado estándares y los han incorporado a un sistema de evaluación para sus procesos asistenciales, han optado por escoger un modelo de acreditación, más que de certificación; implementando metodologías muy semejantes a alguno de los 2 modelos internacionales (EFQM o JCAHO), mayoritariamente EFQM, y en algunos casos mixtos.
7. La acreditación voluntaria con un período de cadencia de 3 años o más, mediante estándares, es la herramienta más empleada en instituciones sanitarias y sociedades científicas, para evaluar la calidad asistencial. Los modelos de calidad más frecuentes existentes en España se basan, sobre todo, en certificaciones ISO de equipos o centros sanitarios, acreditaciones EFQM, acreditaciones propias basadas en EFQM, o con menos frecuencia, sistemas de acreditación propios.
8. Una “Unidad de Calidad” está constituido por un equipo de profesionales que asesora a la organización en la metodología de la Calidad. La figura del coordinador de la Unidad, con dependencia de la alta dirección, es importante para cohesionar al equipo y liderar la Calidad de la organización. Es imprescindible potenciar, dar visibilidad e implementar las Unidades de Calidad desde los Departamentos de Salud de las administraciones.
9. No se han encontrado publicados, hasta el momento, ningún tipo de estándares de calidad, aisladamente o incluidos en una acreditación propia y específica, para los equipos o Unidades de Calidad.
10. El papel de la Sociedad Española de Calidad Asistencial ha sido, es y será imprescindible para promover, potenciar y desarrollar los estándares para las Unidades de Calidad.

3. Hipótesis de trabajo y objetivos del estudio.



3.1. Hipótesis.

El desarrollo de un sistema estructurado de estándares ha de permitir la evaluación de Unidades de Calidad en centros sanitarios.

3.2. Objetivos.

1. **Objetivo 1.** Elaborar, consensuar, categorizar y validar estándares para las Unidades de Calidad de centros sanitarios.
2. **Objetivo 2.** Elaborar un programa informático que integre los estándares, con un sistema de puntuación que contemple la obtención de un grado o nivel de cumplimiento.
3. **Objetivo 3.** Realizar un estudio piloto multicéntrico para implementar los estándares informatizados, evaluar su nivel o grado de cumplimiento, y comparar centros sanitarios españoles entre sí.



4. Metodología.



Se describe la metodología específica y la estadística, de acuerdo al orden de cada uno de los 3 objetivos del proyecto. En la **Figura 10** se detalla la metodología y las principales actividades que componen el estudio de investigación.

4.1. Tipo de estudio.

Se realizó un estudio prospectivo y transversal en dos fases correlativas: una primera cualitativa aplicando el método Metaplan, la técnica Delphi y un estudio de simulación para elaborar los estándares, y una segunda fase cuantitativa de intervención con un estudio piloto multicéntrico para implementarlos.

4.2. Población.

Participaron profesionales de 14 comunidades autónomas de España que ejercían el cargo de responsables en equipos o Unidades de Calidad de sus centros sanitarios, asesorando en la metodología de la calidad asistencial, y actuando en algunos de los siguientes ámbitos de atención: primaria, hospitalaria, sociosanitaria o de salud mental. Los participantes en el estudio, efectuado entre 2015 y 2018, se distribuyeron en grupos de paneles de expertos. Los criterios de selección de los panelistas fueron: acreditar más de 2 años de experiencia como coordinadores de Unidades de Calidad, ser socios de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y, consentir participar voluntariamente en las fases del proyecto de investigación.

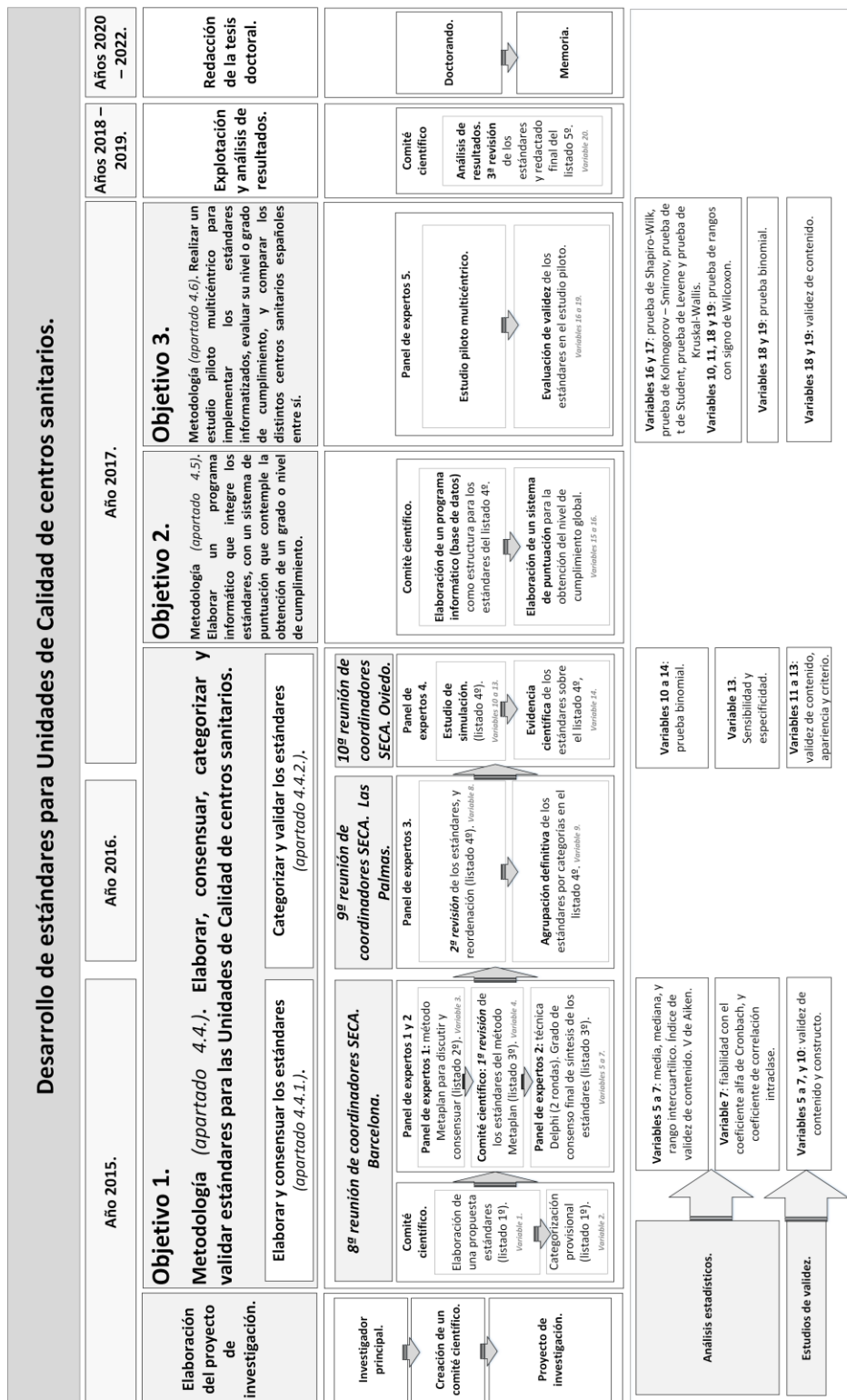
4.3. Comité científico e investigador principal.

Para promover y hacer un seguimiento de todo el proyecto, se creó un comité científico que monitorizó y controló la metodología de los 3 objetivos que se explicarán en el apartado de “metodología”, con el liderazgo de un investigador principal.

El primer comité científico se constituyó en 2015 con 12 miembros, nueve profesionales médicos y tres profesionales de enfermería. Sus miembros acreditaban tener más de 10 años de experiencia en calidad asistencial y en el liderazgo de Unidades de Calidad, pertenecientes a la junta directiva de la *Sociedad Catalana de Qualitat Assistencial (SCQA)* (período 2015 – 2018), sociedad científica de la comunidad autónoma de Cataluña incluida en la SECA. Posteriormente, el comité científico fue renovando sus miembros por nuevos profesionales con las mismas competencias y años de experiencia. Lideró el comité científico el investigador principal del proyecto de estándares para las UCAL, autor de esta tesis doctoral, médico especialista en medicina interna, máster en calidad asistencial desde el año 2000, que ejercía el cargo profesional de director de calidad en un centro hospitalario general de referencia en la provincia de Barcelona; y que, simultáneamente, era socio, miembro y presidente de la junta de la SCQA, y vocal de la junta de la SECA, en la cual lideraba el apartado A2 de la 1ª línea del plan estratégico de la sociedad científica española, que tenía como objetivo organizar un

sistema de acreditación de Unidades de Calidad españolas a partir de estándares, objeto de la presente tesis.

Figura 10. Resumen de la metodología del estudio de investigación.



SECA: Sociedad Española de Calidad Asistencial.

4.4. Metodología para el objetivo 1.

Objetivo 1. Elaborar, consensuar, categorizar y validar estándares para las Unidades de Calidad de centros sanitarios.

El objetivo se desarrolló mediante la constitución de 4 paneles de expertos, uno por cada una de las partes del estudio. En cada una de ellas se generaba un listado de estándares que se iba depurando y mejorando progresivamente, de acuerdo a las aportaciones de los profesionales y a las herramientas metodológicas utilizadas.

La descripción de las actividades realizadas en este primer objetivo se detalla en la **Figura 10**.

Elaborar y consensuar estándares. Para este apartado del objetivo 1 se efectuaron las siguientes actividades:

- el comité científico redactó una 1ª propuesta inicial de estándares (listado 1.º), y se categorizaron provisionalmente;
- se organizó un primer grupo de profesionales (panel de expertos 1) empleando el método Metaplan, para discutir y consensuar la 1ª propuesta del comité científico, y para obtener el listado 2.º de estándares;
- el comité científico revisó los resultados del Metaplan, obteniendo el listado 3.º; y,
- se consensuaron los estándares de este último listado, mediante la realización de un estudio cualitativo basado en la técnica Delphi, con la participación del grupo de panel de expertos 2.

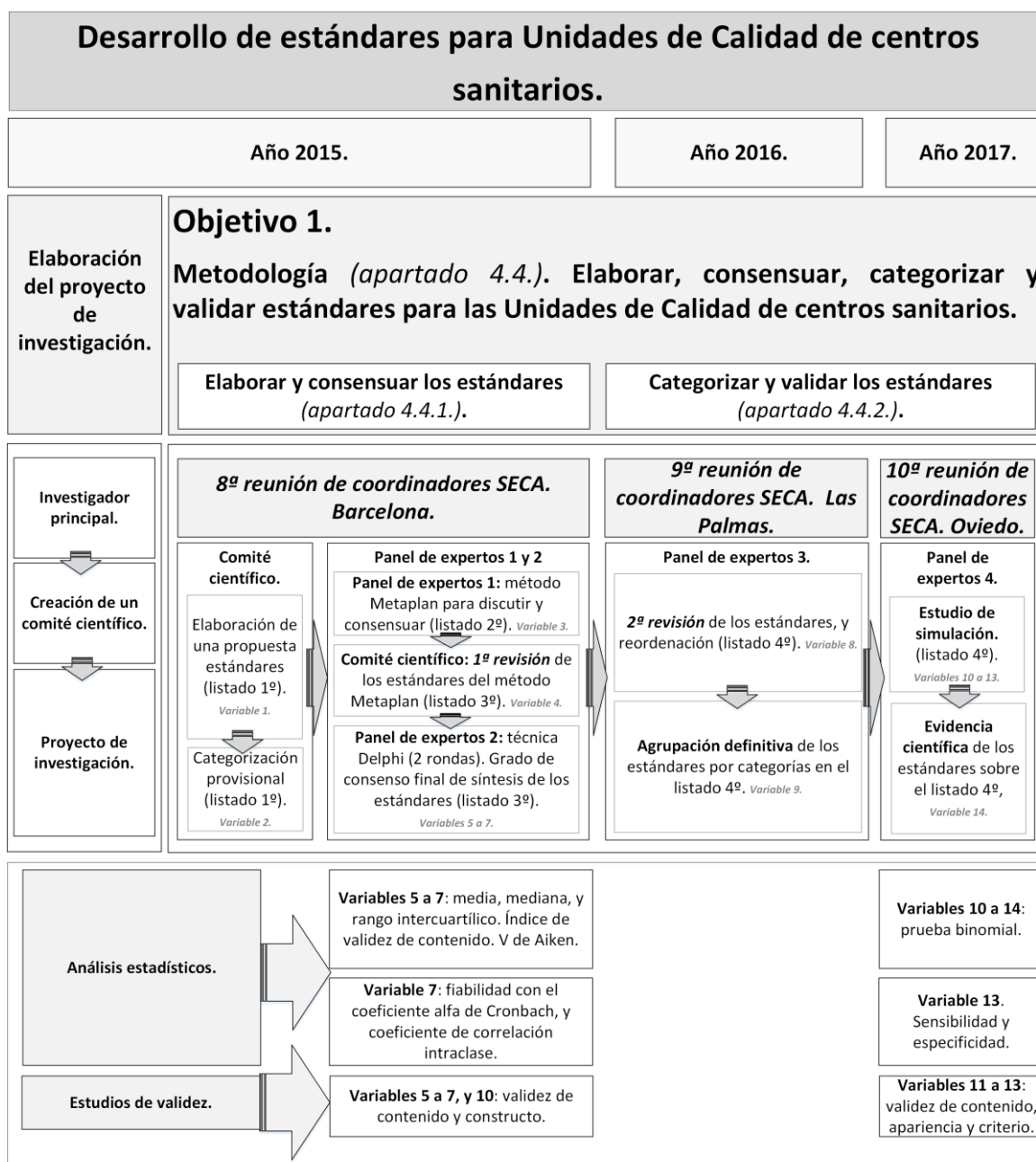
Categorizar y validar los estándares. Las actividades incluidas fueron:

- revisar los estándares aceptados en el Delphi para asegurar su redactado con la participación del panel de expertos 3, obteniendo el listado 4º;
- agrupar definitivamente los estándares por categorías el listado 4º;
- organizar un estudio de simulación para validar los estándares con el panel de expertos 4, en contenido, apariencia y criterio; y,
- revisar la bibliografía para referenciar la evidencia científica que sustentara los estándares del listado 4º (comité científico).

El total de coordinadores, socios de la SECA, que participaron habitualmente en las diferentes jornadas organizadas por la sociedad científica, constituyeron los paneles de expertos en cada fase del estudio. La distribución de los expertos en estos 4 paneles fue aleatoria y voluntaria, dependiendo del tipo de actividad concreta, del número y de la disponibilidad de los mismos. Los criterios de selección de los panelistas en los 4 paneles fueron: acreditar más de 2 años de experiencia como coordinadores, a tiempo completo o parcial, de UCAL; ser socios a la SECA; y, participar voluntariamente en el proyecto de

investigación. Los criterios de exclusión, el incumplimiento de alguno de los criterios de selección anteriores.

Figura 10 (a). Resumen de la metodología para el objetivo 1.



SECA: Sociedad Española de Calidad Asistencial

4.4.1. Elaborar y consensuar los estándares.

4.4.1.1. Propuesta del comité científico: listado 1.º de estándares.

El primer listado del comité se redactó a partir de las conclusiones publicadas por la SECA en la 2ª y 3ª reuniones de Coordinadores de Calidad Nacional celebrada en Madrid y Valencia, respectivamente, sobre las funciones y los indicadores de las Unidades de Calidad. Además, se recogieron los principales artículos publicados sobre calidad y seguridad, y las aportaciones procedentes de la experiencia de los profesionales del comité. En el listado 1.º, se definió el responsable, la población o agentes a la cual aplicaba, y la función o finalidad del estándar (**Variable 1**). Así, los estándares candidatos se diseñaron con las tres siguientes normas estructurales y formales: utilizando un tiempo verbal en presente; establecer, ¿a quién o a qué aplica? que en el caso de ser un sujeto indeterminado siempre se refería a las UCAL; y, ¿qué se define?

Estas normas se detallan en los siguientes dos ejemplos:

- 1) Existe (*tiempo verbal en presente*) un equipo, estructural y funcionalmente a modo de equipo o "Unidad de Calidad" (*¿a quién o a qué aplica?*) (...) que gestiona, coordina y asesora metodológicamente a la organización en los planes y actividades de calidad (*¿qué se define?*).
- 2) Existe (*tiempo verbal en presente*) un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad (*¿qué se define?*) aprobado por la Dirección ejecutiva (*¿a quién o a qué aplica?*).

El comité científico realizó una primera categorización (**Variable 2**) provisional del listado 1.º, con los siguientes 9 apartados, relacionados con los conceptos de estructura, proceso y resultado:

- Estructura:
 1. Enfoque directivo (código 1.).
 2. Enfoque estratégico (código 2.).
 3. Profesionales (código 3.).
 4. Recursos y alianzas (código 4.).
- Proceso:
 5. Gestión por procesos (código 5.).
- Resultado:
 6. Resultados en los pacientes (código 6.).
 7. Resultados en los profesionales (código 7.).
 8. Resultados sociales (código 8.).
 9. Resultados principales de los equipos de calidad (código 9.).

4.4.1.2. Panel de expertos 1. Consenso con el método Metaplan.

El 16 de abril de 2015 se organizó en Barcelona la 8ª Jornada – taller de la SECA para coordinadores de las UCAL españolas, bajo el lema “Consenso para establecer los estándares e indicadores para las Unidades de Calidad”. El comité científico constituyó el panel de expertos 1 para consensuar los estándares con el método Metaplan¹⁴¹. Este se organizó con 9 grupos de trabajo, con la moderación de un profesional con experiencia en cada grupo, según las categorías de: enfoque directivo (grupo 1); enfoque estratégico (grupo 2); profesionales (grupo 3); recursos y alianzas (grupo 4); Gestión por procesos (grupo 5); resultados en los pacientes (grupo 6); resultados en los profesionales (grupo 7); resultados sociales (grupo 8); resultados principales de los equipos de calidad (grupo 9). Cada grupo estuvo formado por coordinadores de calidad de diversas CCAA. A cada grupo se les entregó la propuesta provisional de estándares elaborada por el comité científico, relacionada con cada categoría. El método se inició con una reflexión individual cronometrada en la cual cada participante redactó su opinión sobre cada estándar en tarjetas (una opinión por tarjeta); las tarjetas con las ideas se explicaron y se colocaron en un mural compartido para su debate; se desarrolló la discusión conjunta de las ideas presentadas para identificar las propuestas; y, por último, se procedió al consenso de los estándares. Cada grupo escogió, modificó o eliminó aquellos estándares que creyó, y los redactó de nuevo si lo consideró necesario. Finalmente, un representante de cada grupo explicó, en una sesión de clausura final, los estándares consensuados y se procedió a su aprobación por parte del conjunto de coordinadores, resultando el denominado “listado 2.º” de estándares (**Variable 3**).

4.4.1.3. Revisar y reagrupar los estándares del Metaplan.

Con los estándares aprobados en el Metaplan por el panel de expertos 1, el comité científico procedió a una 1ª revisión y reordenación con la obtención del listado 3.º (**Variable 4**). Los estándares se clasificaron por códigos correspondientes a las categorías descritas en el apartado anterior. A este listado 3.º, el comité científico incluyó un nuevo módulo con una propuesta de conceptos o ideas para conocer la opinión del siguiente panel de expertos 2 sobre una posible estrategia y logística de una futura acreditación de las UCAL, numeradas por el código 0.

Unos ejemplos, del tipo de conceptos planteados, fueron, entre otros:

- “En el proceso de acreditación, el centro debe efectuar una autoevaluación previa”.
- “Las auditorías para alcanzar la acreditación final las debe liderar la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)”.

4.4.1.4. Consensuar los estándares mediante la técnica Delphi.

Al plantearse medir unos estándares para evaluar el nivel de calidad de las UCAL, se discutió cuán válida y confiable sería la medición para establecer la “validez de contenido”. Para ello, se constituyó un “juicio de expertos”¹⁴² o grupo de profesionales reconocidos, imparciales y motivados en la temática de la calidad asistencial. Este grupo formó el panel de expertos 2 que utilizó una “Técnica Delphi”¹⁴³; estuvo constituido por distintas categorías de profesionales (médicos, enfermeras, técnicos, y otros profesionales), asistenciales y/o gestores, procedentes de los 4 ámbitos asistenciales (atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria, y salud mental). La técnica se implementó durante el 3.º trimestre de 2015. Al ser de tipo cualitativo, no se definió un tamaño muestral mínimo, si bien se optó por asegurar la participación de un número superior a 20 profesionales, para dar una mayor solidez y pluralidad a los resultados del Delphi. Este procedimiento consistió en enviar, a través del correo electrónico a cada coordinador de la UCAL participante, un cuestionario conteniendo el “listado 3.º” de estándares a consensuar, ya revisado por el comité científico (ver **Figura 10**).

El cuestionario Delphi se vehiculizó mediante la plataforma informatizada del programa web de encuestas “e-encuesta”¹⁴⁴. En el cuestionario se explicó a los expertos en qué consistía el método con la pretensión de conseguir la obtención de previsiones fiables, ya que estos debían conocer en todo momento la finalidad del procedimiento. El envío fue personalizado y único para cada participante, y las respuestas fueron anónimas para los investigadores. En el **Anexo 1** se muestra el cuestionario enviado a los participantes para el estudio Delphi, con el consentimiento informado en el encabezamiento. Se pidió a los participantes que puntuaran cada uno de los estándares mediante una escala de Likert de 1 a 9¹⁴⁵, agrupados en 3 categorías de calificadores lingüísticos (1-3 = desacuerdo; 4-6 = ni acuerdo, ni en desacuerdo; 7-9 = acuerdo). Para evaluar estadísticamente la opinión respecto a cada estándar se utilizó la mediana, la media, intervalo de confianza, la desviación típica, la moda, la varianza, los valores mínimo y máximo, el rango, los percentiles o cuartiles (Q1, Q2 y Q3), el rango o amplitud intercuartílica (RI), el rango o amplitud intercuartílica relativa (RIR), el porcentaje por valores de la escala Likert (7-9, 4-6, y 1-3), y el consenso obtenido para aquellas variables con una distribución no normal.

Se incluyó en el Delphi el conjunto de conceptos o propuestas específicas añadidas en la 1ª revisión del comité científico, destinadas a obtener más información sobre un posible sistema de acreditación futuro. En definitiva, el total del listado del Delphi enviado al panel de expertos 2 incluyó:

- a. La propuesta de 24 conceptos sobre un sistema futuro de acreditación (textos con código 0.).

-
- b. El grupo de estándares categorizados en los 9 apartados ya descritos (ver el punto 4.4.1.2.), y relacionados directamente con la estructura, los procesos y los resultados de las UCAL.

En la primera ronda, los panelistas del Delphi votaron cada estándar del listado 3.º; se aceptaron los resultados más destacados de esta primera ronda, se suprimieron los estándares menos votados, y se añadieron algunos nuevos según las propuestas presentadas. En la segunda ronda, con la misma metodología anterior, se enviaron a los panelistas los estándares dudosos no consensuados con una puntuación intermedia (ni aceptados ni rechazados)(**Variables 5 y 6**). Todos los profesionales del comité científico se incluyeron en las dos rondas de votación. Se evaluó la tasa de respuesta en cada ronda, y entre las rondas se envió a los participantes los resultados de cada una de ellas. Todos los profesionales participantes tenían el mismo peso en las votaciones, si bien podían renunciar a evaluar algún estándar cuando no se consideraran suficientemente informados. El comité científico elaboró una síntesis del resultado de las 2 rondas a partir de la media de ambas (**Variable 7**). Desde el comité científico se informó al panel de expertos de los resultados de las 2 rondas del Delphi.

4.4.2. Categorizar y validar los estándares. Panel de expertos 3.

En la 9ª reunión de Coordinadores de Calidad de la SECA, realizada en Las Palmas de Gran Canaria, el 22 de abril de 2016, con el lema “Elaboración de un sistema de acreditación para las Unidades de Calidad”, se constituyó y reunió el panel de expertos 3 (ver **Figura 10**).

En la reunión se organizaron 10 grupos de trabajo con 4 actividades cronometradas de 30 minutos de consenso para asegurar los estándares consensuados y discutir los no consensuados. Se pidió a los panelistas que evaluaran y reordenaran los estándares, e intentaran fusionar aquellos que podían tener el mismo significado. Se procedió a revisar (2ª revisión) exhaustivamente los estándares consensuados en el estudio Delphi, además de evaluar y aceptar o no, con o sin modificaciones, los estándares no consensuados. De nuevo, se requirió un número de participantes mínimo superior a 20 profesionales. Con esta dinámica de trabajo y con el panel de expertos 3 se obtuvo el listado 4º de estándares, que sirvió de base para el estudio piloto multicéntrico (**Variable 8**).

4.4.2.1. Categorización definitiva de los estándares.

En la misma 9ª reunión anterior, el panel de expertos 3 evaluó las categorías internacionales de modelos de calidad ya existentes (ver la **Tabla 4** y la **Tabla 5**), para decidir las categorías definitivas (**Variable 9**), entre las siguientes¹⁴⁶: Principios de Calidad Total, EFQM, Normas ISO 9001 y 14001, y Joint Commission International.

Tabla 4. Sistemas de acreditación de la calidad.

Globales para todos los sectores económicos	<ul style="list-style-type: none"> - ISO (1947) - EFQM (1989) - Premios Malcolm Baldrige (EE.UU 1988) - Premios Deming (Japón 1951)
Generales para Servicios Sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>. 1951 - <i>Canadian Commission on Hospital Accreditation</i> - <i>King's Found</i> (Inglaterra. Auditoría desde 1980) - <i>Australian Council on Healthcare Standards</i> - Agencia Calidad Sanitaria Andalucía (ACSA 2002) - INACEPS (Comunidad Valenciana 2002) - Otros
Específicos de Sociedades Científicas e Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> - JACIE. <i>Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT</i>. 1998 Trasplante células madre hematopoyéticas. - ONT. Sistema de Acreditación de Organización nacional de Trasplantes dirigido a centros con unidades con capacidad de realización extracción y trasplantes de órganos y tejidos. 2000. - SEMES. Sistema de Acreditación para Servicios de Urgencias, Emergencias y urgencias en Atención primaria. 2004. - SEN. Sistema de Acreditación de la Sociedad Española de Neurología. 2006. - AEEH. Sistema de Acreditación de la Asociación Española de las Enfermedades hepáticas. 2009.

ISO: International Organization for Standardization; EFQM: European Foundation for Quality Model; INACEPS: Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias

Fuente: Belzunegui T¹⁴⁶. Calidad y acreditación de los servicios de urgencias.

Tabla 5. Categorización de algunos de los modelos de calidad.

Propuesta inicial del comité científico	Dimensiones de la calidad (resumen)	Principios de Calidad Total	Principios de gestión de la calidad	Criterios del modelo EFQM 2013
Enfoque directivo.		Enfoque estratégico y sistemático.	Liderazgo.	Liderazgo.
Enfoque estratégico.				Estrategia.
Profesionales.		Participación total de los empleados.	Participación o compromiso de las personas.	Personas.
Recursos y alianzas.				Alianzas y Recursos.
Gestión por procesos.	Seguridad clínica.	Centrado en el proceso.	Enfoque basado en procesos.	Procesos, Productos y Servicios.
	Calidad científico-técnica (adecuación, efectividad, y eficiencia).	Sistema integrado.		

Propuesta inicial del comité científico	Dimensiones de la calidad (resumen)	Principios de Calidad Total	Principios de gestión de la calidad	Criterios del modelo EFQM 2013
Resultados en los profesionales.	Experiencia del paciente (satisfacción, aceptabilidad, accesibilidad, y equidad).	Enfoque u orientación al cliente.	Enfoque u orientación al cliente.	Resultados en las Personas.
Resultados en los pacientes.				Resultados en los Clientes.
Resultados sociales.		Toma de decisiones basada en hechos.	Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.	Resultados en la Sociedad.
		Comunicaciones.	Relaciones con proveedores mutuamente beneficiosas.	
		Mejora continua.	Mejora continua.	
Resultados principales de los equipos de calidad.				Resultados clave.

Fuente: elaboración propia.

4.4.2.2. Estudio de simulación para validar estándares.

En la 10ª reunión de Coordinadores de Calidad de la SECA en Oviedo el 21 de abril de 2017, con el lema “Validación formal y evidencias de los estándares para las Unidades de Calidad”, se constituyó y reunió el panel de expertos 4. Se revisaron exhaustivamente los estándares elaborados y consensuados en el estudio Delphi. En este panel se organizaron 8 grupos con 4 profesionales en cada uno, a los cuales se les repartió 12 estándares por grupo.

En la reunión se evaluó, de nuevo, la validez de contenido desde otra perspectiva. Cada grupo debía evaluar en el listado 4º, si cada estándar se entendía (comprensión del mismo) y si se podía justificar mediante pruebas documentales. Asimismo, se evaluó también la validez de apariencia, analizando si cada estándar, individualmente, se podía relacionar con alguna dimensión de la calidad asistencial. En este sentido, se consideraron como dimensiones de la calidad, de acuerdo al marco teórico, cualquiera de las siguientes: satisfacción, seguridad clínica, calidad científico-técnica, eficiencia, efectividad, o continuidad asistencial, entre otras.

Por último, al no encontrar ningún test parecido externo en la revisión bibliográfica para evaluar estándares para las UCAL, el comité científico organizó un estudio de simulación con los panelistas. Se describieron un conjunto de situaciones a modo de ejemplo con objetivos y resultados de indicadores en los procesos de calidad asistencial de un centro sanitario virtual. El panel de expertos debía realizar una auditoría teórica utilizando los estándares y decidir si se cumplían o no los mismos en los escenarios virtuales planteados. El comité científico elaboró su “patrón oro” propio sobre si realmente, desde su experiencia, cada situación se adecuaba positiva o negativamente con el estándar evaluado.

4.4.2.3. Validar los estándares elaborados.

Validez

Se evaluaron los siguientes tipos de validez: contenido, constructo, criterio, y apariencia.

Para evaluar la validez en estas cuatro facetas, se aplicaron diversas pruebas estadísticas en 2 fases: a) en una primera fase de análisis sobre el listado 3.º de los estándares obtenidos después de las 2 rondas del estudio Delphi, para evaluar la validez de contenido y constructo; y b) en una segunda fase, efectuando un estudio teórico con un grupo de trabajo de profesionales expertos sobre el listado 4.º de estándares, a partir de un taller de simulación sobre un centro sanitario virtual, para la validez de contenido, criterio y de apariencia.

Validez de contenido y constructo en el listado de conceptos o propuestas sobre la logística de la acreditación, y en los estándares resultantes de las 2 rondas del estudio Delphi.

- i. **Validez de contenido.** Para asegurar el grado en que los estándares representaban el contenido que el programa trataba de evaluar, respecto a la calidad asistencial. Asimismo, se consideró que la existencia significativa de evidencias científicas, con revisiones sistemáticas descritas en la bibliografía, refrendaba también la validez de contenido de los estándares. Ver el análisis estadístico en los apartados siguientes 4.4.3 y 4.4.4; **Variables 5, 7 y 14.**
- ii. **Validez de constructo.** La validez de constructo se asimiló al concepto de fiabilidad¹⁴⁷. Ver el análisis estadístico en los apartados siguientes 4.4.3 y 4.4.4; **Variable 7.**

Validez de contenido, apariencia y criterio en el listado 4º de estándares. Panel de expertos 4.

Los tipos de validez evaluada fueron:

- i. **Validez de contenido.** Cada grupo, en el listado 4º, debía: 1) describir si el estándar se entendía (comprensión del mismo) (SÍ / NO); y, 2) explicitar si se podría demostrar y sustentar el estándar mediante un listado de evidencias documentales (SÍ / NO) (ver el análisis estadístico realizado en los apartados siguientes 4.4.3 y 4.4.4; **Variables 10 a 11**).
- ii. **Validez de apariencia.** Se pidió a los expertos que valoraran si cada estándar tenía relación con alguna de las dimensiones conocidas de la calidad asistencial (SÍ / NO) (ver el análisis estadístico realizado en los apartados siguientes 4.4.3 y 4.4.4; **Variable 12**).
- iii. **Validez de criterio.** Se pidió a los panelistas que decidieran si el estándar se cumplía (SÍ / NO) para cada caso planteado por el comité científico en ese centro virtual (**Variable 13**). Se estudió la validez de criterio concurrente y, para ello, se analizaron la sensibilidad y especificidad^{148 149} comparando los resultados obtenidos por los participantes respecto al resultado verdadero o “patrón oro” definido por el comité científico para cada caso.

4.4.2.4. Soporte de la evidencia científica a los estándares.

El comité científico, desde marzo de 2015 y a partir de la primera versión de estándares para las UCAL, efectuó una búsqueda bibliográfica desde 2010 hasta 2015, recogiendo la evidencia científica más destacada¹⁵⁰, mayoritariamente en las revisiones y guías clínicas con los grados o niveles de evidencia relacionadas con la seguridad del paciente, sobre aquellos estándares que pudieran influir en la estructura, los procesos y los resultados en relación con las UCAL. Posteriormente y a lo largo del proyecto hasta 2021, se buscó y se fue actualizando la nueva evidencia elaborada y publicada.

La búsqueda bibliográfica, en lengua hispana y anglosajona de la evidencia científica referente a los estándares, se realizó en las siguientes bases de datos: WEB OF SCIENCE (WOS), PUBMED, CLINICALKEY, SCOPUS, TESIS DOCTORALES EN RED (OATD.org), MEDIMED, PROQUEST, LEGIS, Biblioteca Virtual en Salud-BVS, BIBLIOMED, SCIRIUS, LILACS, OMS, OPS, GOOGLE ACADEMICO, ELSEVIER, SciELO, Portal de evidencia, CINAHL, COCHRANE, MEDLINE, y Dialnet.

La evidencia se clasificó mediante dos herramientas: GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations)^{151 152}, y GRADE-CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research)¹⁵³.

Para el análisis de la evidencia cuantitativa se utilizó la GRADE, como marco para desarrollar un enfoque sistemático para las recomendaciones de práctica clínica, y la herramienta GRADE-CERQual para definir un marco para valorar la confianza en los resultados de las revisiones de los estudios cualitativos. El GRADE tiene cuatro niveles de evidencia o certeza en la evidencia o calidad de la evidencia: muy bajo (probablemente el efecto real es muy diferente del efecto estimado), bajo (el efecto real puede ser muy diferente del efecto estimado), moderado (los autores creen que el verdadero efecto es probablemente cercano al efecto estimado), y alto (los autores tienen mucha confianza en que el efecto real es similar al efecto estimado); de esta evidencia, se escogieron aquellos estudios con un grado o nivel “moderado o alto” (ver **Tabla 6**).

Para el análisis de los estudios cualitativos se utilizó la herramienta GRADE – CERQual. Esta, desarrollada a partir de un subgrupo de investigadores cualitativos del Grupo de Trabajo GRADE¹⁵⁴, evalúa la evidencia cualitativa. Con el GRADE – CERQual se consideran 4 componentes: 1) la calidad metodológica; 2) la coherencia, para identificar un patrón común entre los estudios; 3) la relevancia, para valorar si aporta o no contenido a su comprensión; 4) la suficiencia de datos, si aportan la suficiente información. Con la conjunción de estos 4 componentes, se determinó la “confianza” o *confidence*, clasificada como alta (era muy probable que el resultado de la revisión fuera una representación razonable), moderada (era probable), baja (era posible) o muy baja (no estaba claro), escogiéndose finalmente los estudios con una “confianza” o *confidence* “alta o moderada” (**Variable 14**) (ver **Tabla 7**).

Tabla 6. Herramienta GRADE.

Sistema "GRADE". Evaluación de la calidad de la evidencia según el tipo de diseño de los estudios								
Diseño del estudio	En ensayos clínicos, disminuir si...	En estudios observacionales, aumentar sólo si...	Calidad del conjunto de la evidencia	Grados	Nivel de evidencia sobre la que se basa	Significado		
Ensayos clínicos aleatorizados	Limitaciones en el diseño o en la ejecución:	Fuerza de la asociación:	Alta	Grado A o I	Existe una evidencia satisfactoria, de nivel 1 (metanálisis o ensayos clínicos randomizados y controlados) que sustentan la recomendación (*)	Hay buena o muy buena evidencia para recomendarla		
	- Importantes	- Fuerte						
	- Muy importantes	- Muy fuerte						
	Inconsistencia:	Gradiente dosis-respuesta	Moderada	Grado B o II	Evidencias de nivel 2 (ensayos clínicos bien diseñados y controlados aún que no sean randomizados)	Existe una evidencia razonable para recomendarla		
							- Importante	- Presente
							- Muy importante	
	Incertidumbre en qué la evidencia sea directa:	Consideración de los posibles factores de confusión que:	Baja	Grado C o III	Existe una pobre evidencia. Resultados inconsistentes. Han de ser sometidos a la aprobación del grupo de consenso	Así, depende de que el grupo de consenso los admita y recomiende la intervención		
- Importante							- Habrían reducido el efecto	
- Muy importante							- Sugerirían un efecto espúreo, si no hay efecto	
Estudios observacionales	Imprecisión:		Muy baja	Grado D	Existe una muy pobre evidencia. Evidencia empírica pobre o no sistemática.	Los estudios disponibles no pueden ser utilizados como evidencia, pero el grupo de consenso considera por experiencia que la intervención es favorable y la recomienda		
	- Importante							
	- Muy importante							

(*) En situaciones muy especiales, cuando el suceso es mortalidad, especialmente ante una enfermedad previamente fatal.

Fuente. Elaboración propia, basada en el trabajo de Siemieniuk R¹⁵¹.

Tabla 7. Herramienta GRADE-CERQual.

Nivel de confianza	GRADE – CERQual
Alta confianza	Es muy probable que el hallazgo de la revisión sea una representación razonable del fenómeno de interés (todos los 4 siguientes, Sí) 1) la calidad metodológica (CM) (Sí); 2) la coherencia (CO), para identificar un patrón común entre los estudios (Sí); 3) la relevancia (RE), para valorar si aporta o no contenido a su comprensión (Sí); 4) la suficiencia de datos (SD) (Sí).
Confianza moderada	Es probable que el hallazgo de la revisión sea una representación razonable del fenómeno de interés. • 2 o 3 de los 4 anteriores, Sí
Poca confianza	Es posible que el hallazgo de la revisión sea una representación razonable del fenómeno de interés. • 1 de los 4 anteriores, Sí.
Confianza muy baja	No está claro si el hallazgo de la revisión es una representación razonable del fenómeno de interés. • 0 de los 4 anteriores, Sí.

Fuente: elaboración propia, basada en el artículo de Lewin S¹⁵³.

Para describir la evidencia científica descrita en los documentos bibliográficos como soporte a la elaboración de los estándares, se determinaron los siguientes conceptos:

- las cuatro categorías promotoras o facilitadoras consideradas más importantes para las UCAL (enfoque directivo, enfoque estratégico, profesionales, y procesos),
- la propuesta de evidencias para dar soporte a los estándares,
- el resumen de los estándares,
- los objetivos y resultados relacionados,
- la fuente y método de datos,
- la evidencia propuesta, según la GRADE o la GRADE-CERQual, y
- la cita concreta relacionada.

Los documentos con la evidencia se basaron, mayoritariamente, en revisiones sistemáticas o narrativas y metanálisis, que permitieron ofrecer una recomendación con una evidencia científica más sólida, si bien también se incluyeron otras revisiones bibliográficas y estudios transversales.

4.4.3. Variables resultantes sobre el objetivo 1.

- **Variable 1.** Número de estándares provisionales propuestos por el comité científico (listado 1.º).
- **Variable 2.** Número de categorías provisionales propuestas por el comité científico sobre el listado 1.º.
- **Variable 3.** Número de estándares provisionales propuestos por el panel de expertos 1 con el método Metaplan (listado 2.º).
- **Variable 4.** Número de estándares provisionales revisados por el comité científico después de la propuesta surgida del método Metaplan (listado 3.º).
- **Variable 5.** Grado de consenso (%) sobre el listado 3.º durante la 1ª ronda del estudio Delphi (panel de expertos 2).
- **Variable 6.** Grado de consenso (%) durante la 2ª ronda del estudio Delphi (panel de expertos 2).
- **Variable 7.** Número de estándares resultantes, síntesis de las 2 rondas del listado 3.º en el estudio Delphi (panel de expertos 2).

Categorizar y validar los estándares.

- **Variable 8.** Número de estándares verificados y reordenados por el panel de expertos 3 sobre el listado 4.º.
- **Variable 9.** Número de categorías definitivas propuestas por el panel de expertos 3 sobre el listado 4.º.
- **Variable 10.** Número de estándares que se habían entendido (comprensión) a criterio del panel de expertos 4 sobre el listado 4.º.
- **Variable 11.** Número de estándares demostrables con pruebas documentales a criterio del panel de expertos 4 sobre el listado 4.º.
- **Variable 12.** Número de estándares relacionados con alguna de las dimensiones de la calidad, a criterio del panel de expertos 4 sobre el listado 4.º.
- **Variable 13.** Número de estándares coincidentes con el “patrón oro” elaborado por el comité científico en el panel de expertos 4 sobre el listado 4.º.
- **Variable 14.** Número de evidencias científicas de los estándares revisadas por el comité científico sobre el listado 4.º.

4.4.4. Análisis estadístico.

- Desde la **Variable 1** hasta la **Variable 4** se utilizó el número total de registros presentados en cada listado descrito.
- Para la **Variable 5**, **Variable 6** y **Variable 7** sobre el grado de consenso, acuerdo o desacuerdo con el contenido de cada estándar con la técnica Delphi, se aplicaron cálculos descriptivos estadísticos de medidas de tendencia central aplicadas al listado 3.º de estándares; se optó por aceptar

los estándares cuando los valores de referencia fueron $\geq 70\%$ de respuestas de soporte en las puntuaciones entre 7 y 9, o una media ≥ 7 sobre 10 como medida de tendencia central, o un rango o amplitud intercuartílica ≤ 2 , o un rango intercuartílico relativo $\leq 0,30$, como medidas de dispersión estas dos últimas; se rechazó el estándar cuando los valores de referencia tuvieron $\leq 10\%$ de respuestas de soporte, o una media ≤ 3 sobre 10, o un rango o amplitud intercuartílica > 2 , o un rango intercuartílico relativo $> 0,30$. El rango intercuartílico relativo (RIR) con la fórmula $[RIR = (\text{Cuartil } 3 - \text{Cuartil } 1) / \text{mediana}]^{155}$, se utilizó para evaluar el nivel de consenso entre las respuestas del panel de expertos, proporcionando una estimación del grado de acuerdo; cuanto menor fuera el valor, mayor era el consenso. El RIR se asemeja al coeficiente de variación (V) ($v = \text{desviación típica} / \text{media}$); la dispersión de la desviación típica, se relativiza con la información recogida en la media; la diferencia entre el RIR y el V, radica en que en el RIR no se consideran los valores más extremos, eliminando su influencia. Cuando en la valoración de un estándar no se alcanzaba al menos 3 de los valores de referencia anteriormente descritos, se definió como “estándar no consensuado”, y se procedió a enviarlo nuevamente a la segunda ronda del Delphi para volverlo a consensuar. El “Índice de validez de contenido (IVC)” de Lawshe (1975)¹⁵⁶, se empleó en la valoración del panel de expertos 2, en la síntesis de las 2 rondas del Delphi. El índice se calculó a través de la fórmula:

$$IVC = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

Donde “ n_e ” era el número de expertos que habían valorado la variable como esencial y N es el número total de expertos que habían evaluado la variable. El resultado de la fórmula planteada, a modo de correlación, podía mostrar valores de -1 a +1; un IVC negativo implica un acuerdo en menos de la mitad de los evaluadores; un IVC nulo resulta con el 50% de consenso, y un IVC positivo ($> 0,50$) definió un acuerdo leve, moderado o sólido¹⁵⁷.

Se evaluó también el coeficiente de validez de contenido de Aiken (V de Aiken)¹⁵⁸, con sus intervalos de confianza al 95% y su significación estadística. Se consideraron válidos aquellos estándares con valores $> 0,70$, una $p \leq 0,05$, y que el límite inferior del intervalo de confianza no tuviera un valor inferior a 0.50.

En la **Variable 7** se calculó el coeficiente alfa de Cronbach¹⁵⁹ para medir la fiabilidad o confiabilidad en la consistencia interna de cada categoría con los estándares agrupados, y evaluar el promedio con qué los estándares estaban correlacionados. Se consideró como aceptable un valor mínimo $\geq 0,70$ para considerar adecuada la consistencia interna de la categoría utilizada, prefiriéndose valores de alfa entre 0,80 y 0,95.

- Desde la **Variable 8** hasta la **Variable 9** se utilizó el número total de registros presentados en cada listado descrito.

-
- Para la **Variable 10**, la **Variable 11** y la **Variable 12** en el estudio de simulación también se aplicó una prueba binomial, con una probabilidad para los pares de grupos (SÍ= 1 / NO=0) para la prueba, predeterminadamente, de 0,5. Cada variable se constituyó a partir de la moda de las respuestas de todos los participantes.
 - Para la **Variable 13**, en el estudio de simulación, se realizó un análisis de sensibilidad y especificidad, la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson, y la proporción de la concordancia observada en el Índice Kappa; se estimó que valores del índice kappa superiores a 0,6 reflejaban una buena concordancia. Para poder elaborar la tabla de contingencia 4x4 y analizar estos parámetros, cada celda representó la moda de las respuestas de todos los participantes del panel, y el “patrón oro” el juicio experto de los organizadores de la simulación.
 - Para la **Variable 14**, sobre el número de evidencias científicas detectadas en la bibliografía, para si el hallazgo de bibliografía con evidencia científica para algunos estándares no era debido al azar, se realizó una prueba binomial¹⁶⁰. El parámetro de probabilidad para ambos grupos fue, predeterminadamente, de 0,5. La significación de la prueba binomial pretendería demostrar si el conjunto de estándares disponía de la suficiente evidencia científica en su conjunto o no.

En todos los casos en que fuera necesario se asumió una significación estadística cuando el p-valor era $\leq 0,05$. Todos los cálculos estadísticos se analizaron con la versión 28 del programa IBM SPSS Statistics.

4.5. Metodología para el objetivo 2.

Objetivo 2. Elaborar un programa informático que integre los estándares, con un sistema de puntuación que contemple la obtención de un grado o nivel de cumplimiento.

4.5.1. Programa informático.

Durante el primer trimestre de 2017 se elaboró una versión de prueba de programa informático utilizando una base de datos ubicada en el programa Excel 2016 (Microsoft office). Se usó su programa de ayuda para la elaboración e implementación de las fórmulas a emplear¹⁶¹. La versión informatizada de prueba Excel con los estándares, a modo de instrumento de evaluación, contenía un sistema de puntuación que incluía el ciclo de mejora continua recogiendo, con un único resultado final, el cumplimiento final y global de los estándares. El programa Excel se clasificó en 9 categorías para agrupar los estándares, basadas en el modelo EFQM-2013: agentes facilitadores (1. Liderazgo; 2. Estrategia; 3 Personas; 4. Alianzas y recursos; 5. Procesos, productos y servicios); y, los resultados (6. Resultados en los clientes 7. Resultados en las personas; 8. Resultados en la sociedad; y, 9. Resultados clave).

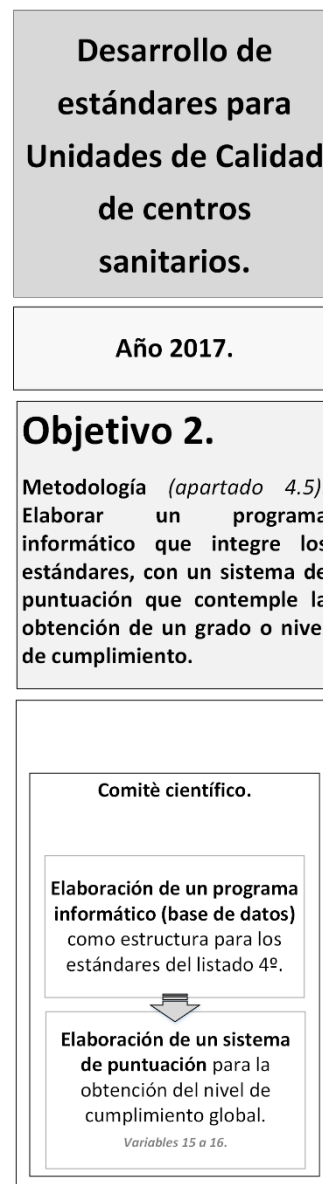
La descripción de las actividades realizadas en este primer objetivo se detalla en la **Figura 10**.

4.5.1.1. Sistema de puntuación: bases.

Se inspiró y se basó en una adaptación mixta del sistema de puntuación de la metodología REDER del modelo de calidad EFQM de 2013¹⁶² y del sistema de Acreditación de Estándares del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña^{163 164}.

1. Todo el conjunto del sistema de puntuación contempló la metodología de “Ciclo de Mejora Continua”.
2. Para cada estándar, la puntuación se basó en el siguiente baremo de detección de la evidencia documental o de ejecución:
 - a. 0 puntos (sin evidencia);
 - b. 1 punto (alguna evidencia);
 - c. 2 puntos (evidencia relativa);

Figura 10 (b). Resumen para el objetivo 2.



-
- d. 3 puntos (evidencia objetivable con alguna acción de mejora realizada);
 - e. 4 puntos (amplia evidencia y acciones desarrolladas).
3. Específicamente, para las categorías, las puntuaciones se ordenaron según los siguientes parámetros:
- a. *Categorías de los “agentes facilitadores”:*
 - 1. Se evaluaron para objetivar la mejora continua y si las evidencias presentadas por los centros respecto a los estándares cumplían con los siguientes parámetros:
 - i. Si las evidencias mostraban que los estándares estaban enfocados, planificados y orientados a los resultados, con la existencia de documentación y/o con pruebas de su realización.
 - ii. Si los estándares se desplegaban sistemáticamente en todas las áreas relevantes, profesionales y a toda la institución.
 - iii. Si los estándares y su respectiva documentación se revisaban periódicamente respecto al enfoque y al despliegue.
 - iv. Y, finalmente, que se evidenciaron uno o varios indicadores medidos, con la detección de mejoras y su implementación.
 - b. *Categorías de los “resultados”:*
 - 1. Se evaluaban de acuerdo a objetivar la mejora continua y si existían las evidencias presentadas respecto a los estándares:
 - i. N.º de medidas mínimas (indicadores) evaluadas de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 a 5 en total).
 - ii. N.º de objetivos previstos realizados de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 a 5 en total).
 - iii. Tendencias positivas o sostenidas de los indicadores en los últimos 5 años (% de los indicadores positivos o sostenidos).
 - iv. Comparación favorable de los indicadores con estándares externos publicados o, sino los hubiera, con metas o resultados planificados previos internos del centro (% de los indicadores favorables).
 - 2. Los “resultados” serían consecuencia de los “agentes facilitadores”; se medirían continuamente mediante indicadores en las áreas relevantes y se relacionarían con los objetivos previstos y alcanzados. Así, se evaluarían un

conjunto de objetivos y de medidas mínimas (indicadores), realizadas en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo de 4 medidas en total en los últimos 5 años en las categorías 6, 7 y 8; y mínimo de 5 medidas en total para la categoría 9).

3. En definitiva, los “resultados” debían contener: a) indicadores evaluados; b) objetivos previstos realizados; c) tendencias positivas o sostenidas de los indicadores; d) comparación favorable de los indicadores con estándares internos o externos (si existían).

4.5.1.2. Ponderación de los estándares.

Previamente, al sumatorio final total se propuso aplicar un factor de corrección al recuento y sumatorio parciales, a aquellas categorías que se considerasen más trascendentes en los resultados¹⁶⁵. Este factor correctivo sobre aumentaría su puntuación y, por tanto, su peso e impacto en el sumatorio global del resultado de los estándares.

4.5.1.3. Pruebas de la base de datos en Excel

Una vez terminada la base de datos, se procedió a aplicar diversas pruebas para comprobar la ausencia de errores.

Además, se les solicitó a los usuarios del programa que opinaran sobre la facilidad y manejo del mismo durante su implementación en el estudio piloto multicéntrico.

4.5.2. Variables.

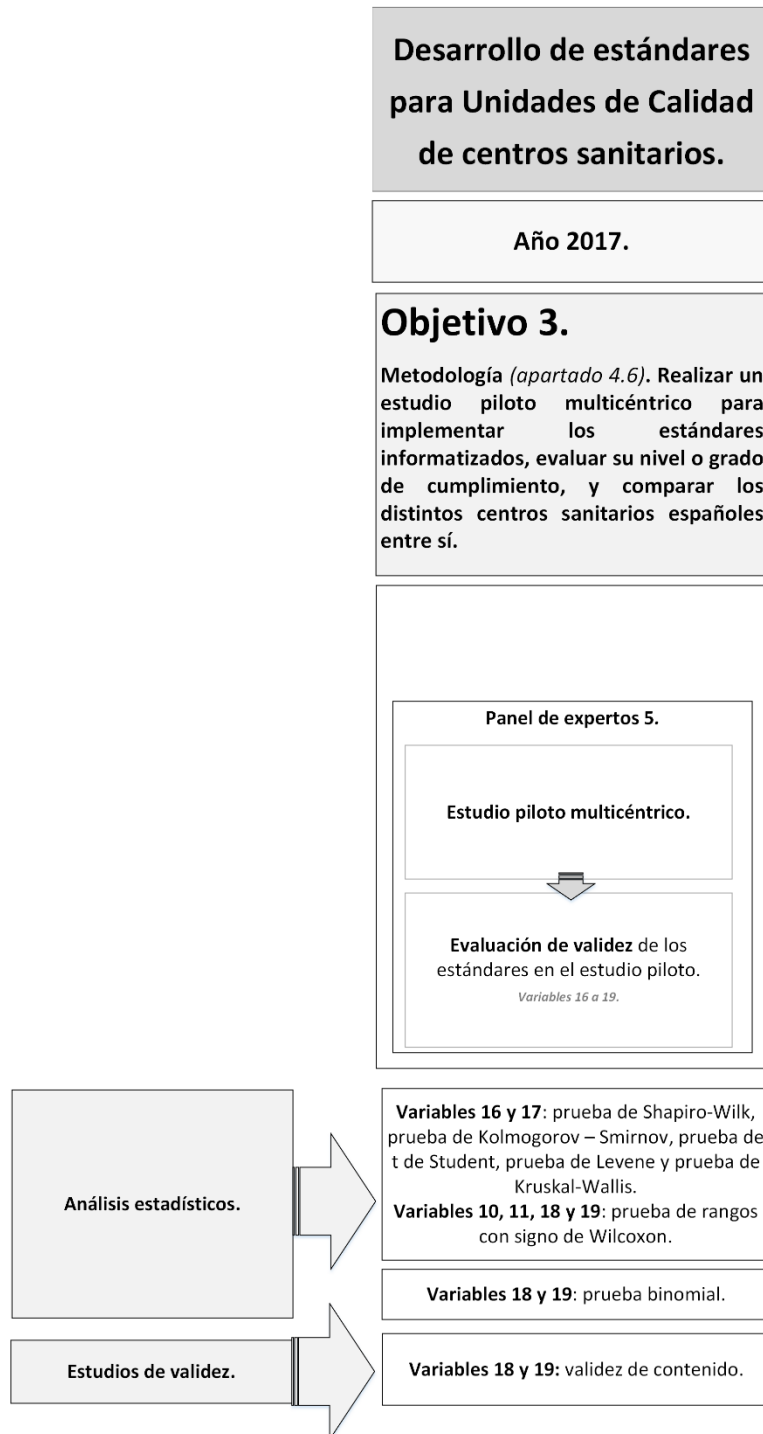
- **Variable 15.** La variable resultante de la base de datos de la plataforma informática sería, para cada estándar, si este era APTO o NO APTO:
 - 0, 1 o 2 puntos = resultado definitivo “0”; estándar NO APTO.
 - 3 o 4 puntos = resultado definitivo “1”; estándar APTO.
- **Variable 16.** Porcentaje global de cumplimiento del total de estándares.



4.6. Metodología para el objetivo 3.

Objetivo 3. Realizar un estudio piloto multicéntrico para implementar los estándares informatizados, evaluar su nivel o grado de cumplimiento, y comparar centros sanitarios españoles entre sí.

Figura 10 (c). Resumen para el objetivo 3.



4.6.1. Estudio piloto multicéntrico. Implementación de estándares.

Se realizó un estudio piloto, a modo de ensayo experimental, cuyos resultados pretendían ayudar en el avance del desarrollo posterior del programa de estándares para las UCAL. El objetivo de este estudio piloto fue detectar tanto los problemas como los elementos positivos, considerando las facilidades de su implementación, como paso final para desarrollar una base de datos y disponer de programa de evaluación de estándares para las UCAL. El estudio piloto aportó una primera versión de los estándares de calidad, a través de la participación voluntaria de 21 centros sanitarios españoles que dispusieran de unidades (servicios, dispositivos, áreas o direcciones) de calidad. A este grupo de participación se le denominó “panel de expertos 5”. Este panel estaba constituido por profesionales que ya habían participado en paneles anteriores, y con los mismos criterios de selección anteriores.

4.6.2. Metodología y componentes del estudio piloto multicéntrico.

- a. Durante el primer trimestre de 2016, a través de la junta directiva central y de los presidentes de las sociedades científicas de calidad asistencial adheridas a la SECA de cada comunidad autónoma, se envió una propuesta de participación en el estudio piloto multicéntrico a todos los coordinadores pertenecientes a la SECA de centros sanitarios de cada comunidad, que quisiera participar en el mismo. Se estableció un máximo de 25 centros.
- b. Durante 1 mes se abrió el período de propuestas de participación voluntaria.
- c. A cada centro que optaba a participar se le pidió, previamente, la firma de una carta compromiso (ver **Anexo 2**) por parte de la gerencia del centro para asegurar y responsabilizarse de los datos enviados y de su participación.
- d. Una vez obtenida la carta de compromiso se envió a cada centro participante una hoja de información sobre el estudio y el consentimiento informado para el estudio piloto (ver **Anexo 3**).
- e. Al conjunto de los centros participantes con sus coordinadores, se les consideró el panel de expertos 5.
- f. El manual del estudio piloto contenía una guía rápida con las indicaciones para el estudio (ver el índice del manual en el **Anexo 4**).
 - i. Justificación, y estrategia de la acreditación.
 - ii. Autoevaluación: incluyendo la base de datos “Excel” con los 96 estándares a evaluar. Cada estándar estaba integrado con los datos descritos en la metodología del objetivo 2, y con el sistema de puntuación correspondiente, tanto para cada estándar, como para todos los estándares globales.
 - iii. Estrategia para el estudio piloto de cada estándar.
 - iv. Glosario de términos.
 - v. Bibliografía.
 - vi. Anexos: mapa de procesos; casos ejemplo: cómo cumplimentar los estándares de los “agentes facilitadores”, y otro ejemplo para

los estándares de “resultados”; formulario de cada centro con los datos demográficos, y otros de cada centro (número de profesionales, de camas...).

vii. Coordinador y Contacto.

- g. Se estableció un período de envío de los datos cumplimentados en el manual de 3 meses, hasta finales del tercer trimestre (septiembre de 2016).
- h. Durante este último período los centros se autoevaluaron rellorando el Excel y reenviaron el manual cumplimentado, con las pruebas documentales (plan de calidad, organigrama, descripción de los puestos de trabajo, por ejemplo) que acreditaban cada uno de los estándares alcanzados, al investigador principal del estudio.
- i. Durante el último trimestre de 2016 se procedió al análisis de los resultados y se comprobaron las evidencias documentales que los centros habían enviado.
- j. En el segundo trimestre de 2017 se informó personalmente a los centros de sus propios resultados (**Variable 16**), con los datos del conjunto de centros anonimizados.
- k. Durante el cuarto trimestre de 2017 se elaboró un informe completo de todo el estudio piloto realizado.
- l. En 2018, el comité científico realizó la 3ª revisión final de los resultados, y redactó definitivamente los estándares con las aportaciones recibidas por los centros en el estudio piloto multicéntrico.
- m. En 2019, se envió una propuesta de manual de acreditación a la SECA para que se valorara su implementación.
- n. En el primer trimestre de 2020 se declaró la pandemia de la enfermedad provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19, acrónimo en inglés de *coronavirus disease, año 2019*).

4.6.2.1. Validez de los estándares: estudio piloto multicéntrico.

La validez se definió como el grado en que la base de datos del programa informático con sus estándares definidos, medía el nivel de cumplimiento y calidad de una UCAL. En la evaluación de la validez de los estándares, en el estudio piloto, se desarrolló a través de la validez de constructo y validez de contenido.

Validez de contenido

El estudio piloto incluyó un segundo sistema de “validación del contenido” para cada estándar, a cumplimentar por cada centro participante, en el que se pidió la opinión sobre la claridad, la coherencia, la relevancia y la suficiencia del estándar, respondiendo a las siguientes preguntas:

-
- i. ¿Se entiende el estándar descrito? (su sintáctica y semántica son correctas para su comprensión), con una respuesta dicotómica de acuerdo o desacuerdo en opinión de los centros: SÍ = alto nivel de comprensión / NO= bajo nivel de comprensión. En este punto, cada experto opinó sobre los estándares y aportó comentarios sobre los mismos.
 - ii. ¿En caso de cumplir con el estándar, ha podido justificarlo? (para demostrar que el estándar mide realmente el concepto que se quiere medir, al poder ser justificado con evidencias documentales), con una respuesta dicotómica de acuerdo entre la opinión de los centros: SÍ / NO. También, cada experto aportó comentarios sobre los estándares.

Los centros que no cumplían con algún estándar y no enviaban las pruebas documentales pertinentes al comité científico, o bien no contestaban a las preguntas anteriores, se consideró que no entendían o no podían justificar el estándar.

Se compararon los resultados de las respuestas recibidas en el taller de simulación del panel de expertos 4 sobre las dos preguntas anteriores, respecto a las mismas respuestas recibidas en el estudio piloto multicéntrico con el panel de expertos 5.

4.6.3. Variables.

- **Variable 16.** La variable resultante del estudio piloto de implementación de los estándares se basó en el porcentaje único, global y final del “nivel o grado de cumplimiento” del total de los estándares de cada centro. Este porcentaje se basó en el siguiente baremo:
 - < 70% (nivel NO APTO, provisional propuesto);
 - 70 a 80% (nivel APTO);
 - 81 a 90% (nivel AVANZADO);
 - 91 a 100 % (nivel EXCELENTE).
- **Variable 17.** Cumplimiento medio de todos los estándares de los 21 centros.
- **Variable 18.** Número de estándares que se habían entendido (comprensión), a criterio del panel de expertos 5 en el estudio piloto multicéntrico.
- **Variable 19.** Número de estándares demostrados con pruebas documentales enviadas por el panel de expertos 5, participantes en el estudio piloto multicéntrico al comité científico.

4.6.4. Análisis estadístico.

- La **Variable 16** definió el resultado final global, y por centro, de los estándares cumplidos. Se averiguó si seguían una distribución normal, mediante una prueba de Shapiro – Wilk y, en ese caso, se les aplicó una prueba de T de Student para evaluar si existían diferencias entre los centros. También, se evaluó si existían diferencias entre las varianzas mediante la prueba de Levene, y entre las medias agrupadas por CCAA, mediante la prueba no paramétrica de Kruskal – Wallis si las varianzas fueran diferentes.
- Para la **Variable 17**, se evaluó de nuevo si las medias por estándar seguían una distribución normal, mediante una prueba de Shapiro – Wilk y, en caso contrario, se determinaron las medias mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov – Smirnov. Además, para analizar si existían diferencias entre las medias agrupadas por categorías se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal – Wallis.
- Para dar respuesta a la **Variable 18** y a la **Variable 19** se aplicó una prueba binomial.
- Finalmente, se realizó un análisis comparativo entre las respuestas a las dos preguntas anteriores obtenidas en el estudio teórico previo con el panel de expertos 4 (**Variable 10** y **Variable 11**), y las respuestas dadas a las mismas con el panel de expertos 5 (**Variable 18** y **Variable 19**). Para ello se aplicó una “prueba de rangos con signo de Wilcoxon” para saber si la realización del estudio piloto multicéntrico había mejorado la comprensión y la recolección de pruebas documentales para justificar los estándares.

4.7. Otras metodologías.

Finalmente, durante 2028 y 2019 se procedió a la explotación, análisis de los resultados del estudio piloto multicéntrico y revisión de los estándares.

4.7.1. Análisis de los resultados. 3ª revisión de los estándares.

Después de la realización del estudio piloto, el comité científico analizó los resultados, revisó los estándares y difundió la versión final de los estándares.

4.7.2. Variables.

- **Variable 20.** Número de estándares definitivos propuestos por el comité científico después del estudio piloto multicéntrico y de su revisión.



5. Consideraciones éticas.



Consentimiento informado.

Para la investigación se obtuvo el consentimiento informado previo de los profesionales participantes, teniendo en cuenta todos los aspectos establecidos al respecto. Así, para el estudio Delphi se obtuvo el consentimiento informado contenido en el **Anexo 1**; para el estudio piloto multicéntrico el compromiso de las direcciones de los centros en la participación del estudio contenido en el **Anexo 2** y, la hoja informativa del estudio y el consentimiento informado descrito en el **Anexo 3**.

Recursos para la investigación y competencia. Investigador principal.

Se evaluaron los recursos necesarios siguientes para la investigación: la disponibilidad y la motivación de profesionales, socios de SECA, que ejercían el cargo de coordinadores de equipos dedicados a la calidad en centros sanitarios españoles ubicados en 14 comunidades autónomas; la plena disposición del equipo de secretaria técnica de SECA para organizar las diferentes reuniones y jornadas relacionadas con el proyecto de acreditación; y, el apoyo económico de SECA para cubrir los gastos asociados a la organización de las reuniones.

Se consideró la competencia del investigador principal en el proyecto de estándares para las UCAL, autor de esta tesis doctoral, médico especialista en medicina interna, máster en calidad asistencial, que ejercía el cargo profesional de director de calidad y planificación en un centro hospitalario general de referencia en la provincia de Barcelona; y que, simultáneamente, era socio, miembro y presidente de la junta de la SCQA, y vocal de la junta de la SECA, en la cual lideraba el apartado A2 de la 1ª línea del plan estratégico 2016-2020 de la sociedad científica española, que tenía como objetivo organizar un sistema de acreditación de Unidades de Calidad españolas a partir de estándares.



6. Resultados.



6.1. Resultados para el objetivo 1.

Objetivo 1. Elaborar, consensuar, categorizar y validar estándares para las Unidades de Calidad de centros sanitarios.

6.1.1. Resultados: elaboración y consenso de los estándares.

Los resultados relacionados con la primera parte del objetivo de *elaboración y consenso* de los estándares, se relacionaron con las actividades promovidas y realizadas por el comité científico, una vez constituido:

- a. Elaborar un primer listado de estándares (listado 1.º) y categorizarlos provisionalmente.
- b. Obtener listado 2.º de estándares, a partir de la discusión y evaluación resultante del panel de expertos 1 con el método Metaplan.
- c. Realizar la 1ª revisión de los estándares del Metaplan para obtener el listado 3.º.
- d. Consensuar los estándares del listado 3.º mediante un estudio cualitativo basado en la técnica Delphi en 1ª ronda, y en segunda ronda con aquellos estándares “controvertidos” o no consensuados.
- e. Validar los estándares en contenido y constructo.

6.1.1.1. Listado 1º de estándares propuestos y categorización.

En el **Anexo 5**, se detalla la propuesta del total del listado 1.º de 204 estándares (**Variable 1**) elaborados y distribuidos provisionalmente en 9 categorías (**Variable 2**) por el comité científico:

- Enfoque directivo con 28 estándares (14%).
 - Definición, funcionamiento, objetivos, documentación, indicadores y responsable de las UCAL, en 23 (11%) estándares.
 - El Plan de Calidad en el contexto del Plan Estratégico institucional, en 5 (3%) estándares.
- Enfoque estratégico con 39 (19%) estándares.
 - Planificación de la estrategia para implementar los objetivos e indicadores, en 15 (7,5%) estándares.
 - El contenido del Plan de Calidad, en 13 (6%) estándares.
 - La gestión por procesos como estrategia, en 11 (5,5%) estándares.
- Profesionales con 17 (8%) estándares.
 - Responsable de la UCAL y equipo, en 5 (2,5%) estándares.

-
- Plan de formación sobre calidad, en 5 (2,5%) estándares.
 - Comisiones y comités de calidad, en 3 (1%) estándares.
 - Procedimientos sobre calidad, en 4 (2%) estándares.
 - Recursos y Alianzas con 3 (1%) estándares.
 - Soporte externo para la calidad, en 2 (0,8%) estándares.
 - Gestión económica en calidad, en 1 (0,2%) estándar.
 - Gestión por procesos con 69 (34%) estándares.
 - Procesos de la UCAL, en 7 (3,5%) estándares.
 - Procedimientos relacionados con los procesos de la UCAL, en 58 (28%) estándares.
 - Indicadores y acciones de mejora, en 4 (2,5%) estándares.
 - Resultados en los pacientes con 16 (8%) estándares.
 - Percepción de los clientes externos (pacientes), en 16 (8%) estándares.
 - Resultados en los profesionales con 2 (1%) estándares.
 - Participación y cumplimiento del Plan de Calidad, en 1 (0,2%) estándar.
 - Participación en la formación anual sobre calidad, en 1 (0,2%) estándar.
 - Resultados sociales con 17 (8%) estándares.
 - Actividades de calidad con otras organizaciones, en 4 (1,8%) estándares.
 - Actividades sobre conocimiento (docencia, investigación, formación), en 10 (5%) estándares.
 - Actividades de difusión interna y externa de las actividades de calidad, en 3 (1,2%) estándares.
 - Resultados principales de los equipos de calidad con 13 (6%) estándares.
 - Cumplimiento de objetivos y acciones de mejora realizadas, en 13 (6%) estándares.

Asimismo, como se puede comprobar en el mismo **Anexo 5**, el redactado de cada estándar se describió a partir de quién era el responsable, la población o los agentes a la cual aplicaba (¿a quién o a qué aplica?) que en el caso de ser un sujeto indeterminado siempre se refiere a las UCAL, y la función o finalidad del estándar (¿qué se define?). Además, el contenido de cada estándar se describió inspirado en los criterios SMART¹⁶⁶, acrónimo de “Specific (específico)”, “Mensurable (medible)”, “Achievable (alcanzable)”, “Relevant (relevante)”, y “Timely (temporal)”.

Entre algunos ejemplos de cada categoría del listado 1.º, se destacan:

- Estándar 1: “Las funciones, competencias y responsabilidades (¿qué se define?) del responsable de la UCAL (¿a quién aplica o a qué?) están descritas”.

- Estándar 35: “La UCAL (¿a quién aplica o a qué?) dispone de un cuadro de mandos (¿qué se define?). Debe proporcionar información sistemática, precisa, estructurada y periódica sobre el desarrollo de la estrategia”.
- Estándar 65: “El Plan de calidad (¿a quién aplica o a qué?) es revisado y modificado (¿qué se define?) con la periodicidad prevista”.
- Estándar 76: “Se realizan encuestas de satisfacción (¿qué se define?) a los receptores (¿a quién o a qué aplica?) de la formación en materia de calidad”.
- Estándar 86: “La organización planifica las inversiones (¿qué se define?) anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad (¿a quién o a qué aplica?)”.
- Estándar 92. “Se ha establecido (¿a quién o a qué aplica?, como indeterminado, se aplica a las UCAL) formalmente una estrategia de gestión por procesos (¿qué se define?), lo que se acredita documentalmente”.
- Estándar 168: “La UCAL (¿a quién o a qué aplica?) mide la percepción global de los clientes (¿qué se define?) respecto al servicio recibido”.
- Estándar 174: “Se mide (¿a quién o a qué aplica?, como indeterminado, se aplica a las UCAL) el grado de cumplimiento de la formación anual en calidad, seguridad del paciente y mejora continua (¿qué se define?).”
- Estándar 181: “Se cuantifican (¿a quién o a qué aplica?, como indeterminado, se aplica a las UCAL) los proyectos comunes con otras Unidades de Calidad de otras instituciones (¿qué se define?)”.
- Estándar 193: “Se mide (¿a quién o a qué aplica?, como indeterminado, se aplica a las UCAL) el número de objetivos de calidad conseguidos sobre el total previsto en la institución (¿qué se define?)”.

6.1.1.2. Metaplan: participantes y estándares consensuados.

El comité científico organizó la 8ª reunión de Barcelona en 2015. En ella se utilizó el método Metaplan, y participaron un total de 99 profesionales, coordinadores de diversas UCAL de centros sanitarios españoles, todos ellos socios pertenecientes a la SECA, incluidos los 12 miembros del comité científico, y constituidos todos ellos en el panel de expertos 1. La media de edad de los participantes fue de 48 ± 7 años, con un 64% de mujeres.

En la **Tabla 8**, **Tabla 9**, **Tabla 10**, **Tabla 11**, **Tabla 12** y **Tabla 13**, se detallan las diferentes características profesionales y laborales de los participantes en el método Metaplan. El 78% de los coordinadores trabajaban en el ámbito hospitalario, el 88% eran médicos, profesionales de enfermería o técnicos superiores, el 80% de los casos disponían de una Unidad de Calidad estructurada,

el 61% se denominaban coordinadores o responsables, y el 59% de los líderes de los equipos tenían una dedicación parcial de su jornada laboral.

Tabla 8. Comunidades autónomas participantes en el método Metaplan.

N.º	Comunidad autónoma	N.º	Porcentaje
1.	Andalucía	13	12,7%
2.	Aragón	2	1,6%
3.	Canarias	2	1,6%
4.	Cantabria	2	1,6%
5.	Castilla La Mancha	2	1,6%
6.	Castilla y León	6	6,3%
7.	Cataluña	27	27,0%
8.	Comunidad de Madrid	5	4,8%
9.	Comunidad Valenciana	5	4,8%
10.	Galicia	5	4,8%
11.	La Rioja	2	1,6%
12.	País Vasco	3	3,2%
13.	Principado de Asturias	20	20,6%
14.	Región de Murcia	8	7,9%
	Total	99	100%

Tabla 9. Ámbitos de trabajo de los participantes en el método Metaplan.

Ámbito de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Atención especializada aguda, exclusiva	41	41,4%
Atención especializada aguda y sociosanitaria	21	21,2%
Atención primaria, aguda, sociosanitaria y salud mental	9	9,1%
Atención primaria, exclusiva	5	5,1%
Administración sanitaria	5	5,1%
Atención sociosanitaria, exclusiva	4	4,0%
Atención primaria, aguda y sociosanitaria	4	4,0%
Atención especializada aguda y primaria	3	3,0%
Mutuas	2	2,0%
Radiodiagnóstico primaria y hospitalaria	1	1,0%
Otros	4	4,0%
Total	99	100%

Tabla 10. Categorías profesionales de los participantes en el método Metaplan.

Categoría profesional	Frecuencia	Porcentaje
Médico/a	57	57,6%
Enfermero/a	29	29,3%
Técnico/a	3	3,0%
Farmacéutico/a	3	3,0%
Biólogo/a	2	2,0%
Economista	1	1,0%
Trabajador/a social	1	1,0%
No contesta	3	3,0%
Total	99	100%

Tabla 11. Estructuras de calidad existentes de los participantes en el método Metaplan.

Estructura de Calidad existente (Unidad, Dirección...)	Frecuencia	Porcentaje
Sí	79	80%
No	12	12%
No contesta	8	8%
Total	99	100%

Tabla 12. Cargo profesional de los participantes en el método Metaplan.

Cargo	Frecuencia	Porcentaje
Coordinador/a	37	37,4%
Responsable	24	24,2%
Director/a	10	10,1%
Técnico/a	4	4,0%
Jefe/a	8	8,1%
Subdirector/a	3	3,0%
Otros	13	13,2%
Total	99	100%

Tabla 13. Horas dedicadas a las Unidades de Calidad.

Dedicación en horas de trabajo a Calidad	Frecuencia	Porcentaje
100%	41	41,4%
50 % a 75%	17	17,2%
25% a 49%	15	15,2%
< 25%	13	13,1%
76% a 99%	13	13,1%
Total	99	100%

Del total de 204 estándares provisionales propuestos por el comité científico, el panel de expertos 1 descartó 74 (36,3%), y añadió 27 (13,2%), consensuándose finalmente 157 estándares (77%) respecto al listado 1.º. En el **Anexo 6** se listan el total de estándares consensuados mediante el método Metaplan (**Variable 3**). La distribución por categorías fue la siguiente:

- Enfoque directivo con 19 estándares (12%).
 - Definición, funcionamiento, objetivos, documentación, indicadores y responsable de las UCAL, en 16 (10%) estándares.
 - El Plan de Calidad en el contexto del Plan Estratégico institucional, en 3 (2%) estándares.
- Enfoque estratégico con 27 (17%) estándares.
 - Planificación de la estrategia para implementar los objetivos e indicadores, en 14 (9%) estándares.
 - El contenido del Plan de Calidad, en 8 (5%) estándares.
 - La gestión por procesos como estrategia, en 5 (3%) estándares.
- Profesionales con 11 (7%) estándares.
 - Responsable de la UCAL y equipo, en 4 (2,5%) estándares.
 - Plan de formación sobre calidad, en 3 (2%) estándares.
 - Procedimientos sobre calidad, en 4 (2,5%) estándares.
- Recursos y Alianzas con 3 (2%) estándares.
 - Soporte externo para la calidad, en 1 (0,6%) estándar.
 - Gestión económica en calidad, en 1 (0,7%) estándar.
 - Gestión del conocimiento, en 1 (0,7%) estándar.
- Gestión por procesos con 46 (29%) estándares.
 - Procesos de la UCAL, en 22 (14%) estándares.
 - Procedimientos relacionados con los procesos de la UCAL, en 17 (11%) estándares.
 - Indicadores y acciones de mejora, en 7 (4%) estándares
- Resultados en los pacientes con 16 (10%) estándares.

- Percepción de los clientes externos (pacientes), en 14 (9%) estándares.
 - Consentimiento informado, en 1 (0,6%) estándar.
 - Altas voluntarias, en 1 (0,6%) estándar.
- Resultados en los profesionales con 6 (4%) estándares.
 - Participación y cumplimiento del Plan de Calidad, en 2 (1,3%) estándares.
 - Participación en la formación anual sobre calidad, en 3 (2%) estándares.
 - Acontecimientos adversos analizados, en 1 (0,7%) estándar.
- Resultados sociales con 17 (11%) estándares.
 - Actividades de calidad con otras organizaciones, en 5 (3%) estándares.
 - Actividades sobre conocimiento (docencia, investigación, formación), en 7 (5%) estándares.
 - Actividades de difusión interna y externa de las actividades de calidad, en 5 (3%) estándares.
- Resultados principales de los equipos de calidad con 12 (8%) estándares.
 - Cumplimiento de indicadores, objetivos, y acciones de mejora realizadas, en 9 (6%) estándares.
 - Evaluación de registros y protocolos, en 3 (2%) estándares.

6.1.1.3. Revisión de los estándares del Metaplan (1ª revisión).

En el segundo trimestre de 2015, inmediatamente después de finalizar el estudio Metaplan, el comité científico revisó los 157 estándares resultantes. Se descartaron 61 (39%) de ellos:

- 25 (41%) estándares no relacionados con las UCAL, sino por ser responsabilidad de otros equipos, como servicios asistenciales (5), compras y logística (3), prevención de riesgos laborales (2), recursos humanos (1), mantenimiento (1), atención al usuario (11), comité de bioética (1), y documentación clínica (1).
- 24 (39%) por estar repetidos (mismo concepto con diferentes palabras).
- 8 (13%) por referirse a temas de seguridad de pacientes demasiado concretos.
- 4 (7%) al reagruparse diversos estándares en uno solo.

Se añadieron más estándares (14) para las UCAL sobre aspectos relacionados con: la existencia de un presupuesto (1), de un espacio físico (1), de profesionales de calidad de referencia en los servicios asistenciales (1), de acuerdos de colaboración (2), de sistemas de información adecuados (1), de canales de difusión del Plan de Calidad (1), de identificación de los grupos de interés (1), de

redacción de una memoria anual (1), de procedimientos de seguridad (2), de comunicación con la dirección (1), de gestión del “Reglamento general de protección de datos” (RGPD) (1), y de solicitudes de soporte por parte del resto de equipos (1).

Por último, se añadió un apartado con 24 conceptos o propuestas, en un módulo separado, para conocer la opinión de los expertos sobre una posible estrategia de futura acreditación para las UCAL, codificados con el número inicial “0”.

Así, se finalizó con un total de 24 conceptos o propuestas sobre una posible estrategia de acreditación, y 110 estándares posibles para las UCAL (listado 3.º) (**Variable 4**) (ver **Anexo 7**), todos ellos disponibles para adjuntar y enviar con el estudio Delphi. Por categorías, la distribución de los 110 estándares referentes a las UCAL fue la siguiente:

- Enfoque directivo con 20 (18%) estándares.
- Enfoque estratégico con 18 (17%) estándares.
- Profesionales con 5 (4,5%) estándares.
- Recursos y Alianzas con 9 (8%) estándares.
- Gestión por procesos con 26 (24%) estándares.
- Resultados en los pacientes con 7 (6%) estándares.
- Resultados en los profesionales con 5 (4,5%) estándares.
- Resultados sociales con 12 (11%) estándares.
- Resultados principales de los equipos de calidad con 8 (7%) estándares.

6.1.1.4. Consenso con la técnica Delphi. Panel de expertos 2.

Resultados demográficos de los participantes en el Delphi.

A finales del segundo trimestre de 2015 se realizó el estudio con la técnica Delphi con 2 rondas de consulta para el consenso. El panel de expertos 2, constituido por parte de los profesionales que ya habían participado en el método Metaplan, lo formaron 53 profesionales, con una media de edad de $48,4 \pm 8$ años, y con un 62% de mujeres.

En las tablas siguientes (**Tabla 14, Tabla 15, Tabla 16, Tabla 17, Tabla 18, y Tabla 19**) se describen las características de los 53 (76%) profesionales que respondieron, de los 70 que aceptaron participar y a quienes se les envió el formulario con el estudio Delphi. De nuevo, el 77% trabajaban en centros hospitalarios, el 81% eran médicos o enfermeras o técnicos, el 91% de los casos tenían una Unidad de Calidad propiamente, el 62% se denominaban coordinadores o responsables, y el 53% de los líderes de los equipos tenían, también, una dedicación parcial de su jornada laboral.

Tabla 14. Comunidades autónomas de los participantes en el Delphi.

N.º	Comunidad autónoma	N.º	Porcentaje
1.	Andalucía	3	6%
2.	Aragón	2	4%
3.	Canarias	2	4%
4.	Cantabria	2	3%
5.	Castilla La Mancha	2	4%
6.	Castilla y León	4	8%
7.	Cataluña	15	29%
8.	Comunidad de Madrid	3	6%
9.	Comunidad Valenciana	2	4%
10.	Galicia	3	6%
11.	La Rioja	1	2%
12.	País Vasco	1	2%
13.	Principado de Asturias	10	18%
14.	Región de Murcia	2	4%
	Total	53	100%

Tabla 15. Ámbitos de trabajo de los participantes en el Delphi.

Ámbito de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Atención especializada aguda, exclusiva	22	41,5%
Atención especializada aguda y sociosanitaria	11	20,8%
Atención primaria, aguda, sociosanitaria y salud mental	4	7,5%
Atención primaria, exclusiva	3	5,7%
Administración sanitaria	3	5,7%
Atención sociosanitaria, exclusiva	3	5,7%
Atención primaria, aguda y sociosanitaria	3	5,7%
Atención especializada aguda y primaria	1	1,9%
Mutuas	1	1,9%
Radiodiagnóstico primaria y hospitalaria	1	1,9%
Otros	1	1,9%
Total	53	100%

Tabla 16. Categorías profesionales de los participantes en el Delphi.

Categoría profesional	Frecuencia	Porcentaje
Médico/a	29	54,7%
Enfermero/a	13	24,5%
Técnico	3	5,7%
Farmacéutico/a	1	1,9%
Biólogo/a	1	1,9%
Economista	1	1,9%
Trabajadora social	1	1,9%
No contesta	4	7,5%
Total	53	100%

Tabla 17. Estructuras de calidad existentes de los participantes en el Delphi.

Estructura de Calidad existente (Unidad, Dirección...)	Frecuencia	Porcentaje
Sí	48	90,6%
No	4	7,5%
No contesta	1	1,9%
Total	53	100%

Tabla 18. Cargo profesional en las Unidades de Calidad de los participantes en el Delphi.

Cargo	Frecuencia	Porcentaje
Coordinador/a	22	41,5%
Responsable	11	20,8%
Director/a	8	15,1%
Técnico/a	4	7,5%
Jefe/a	3	5,7%
Subdirector/a	2	3,8%
Otros	2	3,8%
No contesta	1	1,9%
Total	53	100%

Tabla 19. Horas de dedicación a las Unidades de Calidad de los participantes en el Delphi.

Dedicación en horas de trabajo a Calidad	Frecuencia	Porcentaje
100%	25	47,2%
50 % a 75%	10	18,9%
25% a 49%	9	17,0%
< 25%	5	9,4%
76% a 99%	3	5,7%
No contesta	1	1,9%
Total	53	100%

Resultados del consenso Delphi: 1ª ronda.

Los resultados de la 1ª ronda del estudio Delphi, sobre los estándares del listado 3.º revisado, se describen en el **Anexo 8** y en el **Anexo 9**.

En la 1ª ronda del estudio Delphi, se evaluó la opinión de los expertos sobre los 24 conceptos o propuestas referentes al proceso estratégico y logístico propiamente de acreditación, y sobre los 110 estándares que describían las funciones de las UCAL (listado 3.º). El detalle se describe a continuación:

- **Conceptos logísticos sobre el proceso de acreditación: aprobados, rechazados, o no consensuados.**

De los 24 conceptos sobre acreditación, se aprobaron o rechazaron definitivamente 9 (33,3%); y se consideraron no consensuados 15 (62,5%), que se enviaron a la 2ª ronda del Delphi. Los límites de referencia para rechazarlos fueron: un porcentaje $\leq 65\%$, una media $\leq 6,92$ y un rango intercuartílico ≥ 3 ; con lo que los 15 controvertidos se enviaron a la 2ª ronda del Delphi.

- **Estándares sobre las UCAL.**

De los 110 estándares sobre las UCAL, se consensuaron 96 (87,3%) (**Variable 5**), con un porcentaje $\geq 71\%$, una media $\geq 7,0$ y un rango intercuartílico ≤ 2 ; y se consideraron controvertidos o no consensuados 14 (12,7%) con un porcentaje $\leq 65\%$, una media $\leq 6,92$ y un rango intercuartílico ≥ 3 , que se enviaron a la 2ª ronda del Delphi.

Resultados del consenso Delphi: 2ª ronda.

Se enviaron al panel de expertos 2, para la 2ª ronda del Delphi, un total de 15 conceptos o propuestas sobre una futura acreditación, y 14 estándares para las UCAL, para una nueva propuesta de consenso. En el **Anexo 10** y **Anexo 11**, se describen los resultados estadísticos de la 2ª ronda del Delphi. De los 53 miembros del panel enviaron su segunda evaluación 47 miembros (88,7%). El total de los 15 conceptos que se referían a la logística de la acreditación resultaron de nuevo todos ellos no consensuados, y el comité científico consideró que debían continuar siéndolo, postergando la decisión de implementarlos o no hasta el inicio del proceso acreditativo. Del resto de 14 estándares relacionados con las UCAL en la 2ª ronda Delphi se aprobaron 4 (**Variable 6**), y se rechazaron 10. Por último, el panel de expertos 2, recomendó algunos cambios de redactado y aspectos gramaticales que el comité científico incorporó en el redactado final.

Listado de estándares, síntesis de las 2 rondas del Delphi.

A partir de los resultados de las 2 rondas, se procedió a elaborar el listado definitivo de estándares fruto de la fusión de ambas. En el **Anexo 12** se muestra el listado 3.º con los 110 estándares (**Variable 7**), síntesis de las 2 rondas del Delphi. En definitiva, como resultado del promedio de las dos rondas del Delphi y del total de los 110 estándares, se propusieron para consenso 87 (79%); el resto de 23 (21%) no consensuados se pusieron a disposición del comité científico para su evaluación.

6.1.1.5. Validez y fiabilidad de los 110 estándares del Delphi.

Validez de contenido.

En los **Anexos 8, 9, 10, 11 y 12** ya se detallaron los resultados estadísticos, que confirmaron la validez de contenido de los estándares en el listado 3.º de síntesis de las 2 rondas del estudio Delphi: del total de los 24 conceptos sobre la logística de la acreditación, y de los 110 estándares, los aceptados y en aquellos en los que no existían consenso, con sus valores límite.

También, en el **Anexo 12** se describió el análisis de la validez de contenido con el cálculo del “Índice de validez de contenido” y de la V de Aiken, comparándose ambos con las medias y el rango intercuartílico, y que constata la coincidencia e igualdad de conclusiones, respecto al consenso de aceptados o no aceptados para cada estándar. Se aceptaron para el consenso valores superiores a 0,51 en el IVC y superiores a 0,67 en la V de Aiken.

Del total de los 110 estándares, en 4 (4%) se obtuvo un IVC inferior al 0,51, si bien por su contenido y características se separaron para revisar específicamente en el panel de expertos 3. Por último, para reforzar también el concepto de validez de contenido, se aportó la prueba binomial como test para evaluar la evidencia científica, como se muestra más adelante en la **Tabla 26**.

Validez de constructo.

El coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación intraclase, para cada grupo de estándares (**Variable 7**), fueron paralelamente consistentes y superiores a 0,70 en los estándares relacionados con las funciones de las UCAL, excepto el 0,50 o inestable con una consistencia pobre en la evaluación de la logística del “sistema de acreditación”.

Para los estándares de las UCAL, cuando el alfa de Cronbach se recalculó para cada categoría de estándares sin tener en cuenta cada elemento individual, siempre superó como mínimo el 0,70. Para los estándares referidos a la logística de la posible futura acreditación, el ejercicio anterior también se mantuvo con un resultado > 0,50 cuando no se tuvo en cuenta cada uno de ellos individualmente (ver **Tabla 20**).

Tabla 20. Validez de constructo. Coeficientes alfa de Cronbach e intraclase.

Códigos	Conceptos o propuestas	N.º de estándares	Coeficiente alfa de Cronbach (estándar > 0,70)	Coeficiente de correlación intraclase			
				Valor	Intervalo de confianza 95%		p
					Límite inferior	Límite superior	
0.	Sistema de acreditación	24	0,50	0,35	0,17	0,54	< 0,001
Códigos de los estándares	Categorías de estándares	N.º de estándares					
1.	Liderazgo	20	0,94	0,93	0,90	0,96	< 0,001
2.	Estrategia	18	0,94	0,93	0,90	0,96	< 0,001
3.	Personas	5	0,89	0,88	0,83	0,93	< 0,001
4.	Alianzas y recursos	9	0,82	0,80	0,70	0,87	< 0,001
5.	Procesos, productos y servicios	26	0,95	0,95	0,93	0,97	< 0,001
6.	Resultados en los clientes	7	0,82	0,81	0,72	0,88	< 0,001
7.	Resultados en las personas	5	0,71	0,66	0,48	0,78	< 0,001
8.	Resultados en la sociedad	12	0,85	0,82	0,74	0,88	< 0,001
9.	Resultados clave	8	0,92	0,91	0,87	0,94	< 0,001
Total	Conjunto de estándares	110	0,99	0,98	0,97	0,99	< 0,001

p: significación estadística.

6.1.2. Resultados: revisar el estudio Delphi, categorizar y validar.

Categorizar y validar los estándares, con las siguientes actividades:

- Revisar los estándares aceptados en el Delphi, asegurar su redactado, y agruparlos definitivamente por categorías, para obtener el listado 4º.
- Resultados del estudio de simulación para validar los estándares con el panel de expertos 4, en contenido, apariencia y criterio.
- Establecer la evidencia científica bibliográfica que sustentaran los estándares.

6.1.2.1. 2ª revisión de los estándares. Panel de expertos 3.

Con los resultados obtenidos en las 2 rondas del estudio Delphi, se creó el panel de expertos 3. Estuvo formado por 40 coordinadores de calidad con los mismos datos demográficos a los del estudio Delphi, al pertenecer al mismo universo muestral de participantes, respecto a las comunidades autónomas, ámbitos de trabajo, categorías y cargos profesionales, y tipos de estructuras de calidad. El panel revisó los estándares y los reordenó, agrupándolos por los códigos de las categorías, las temáticas y se redactaron según las propuestas de mejora recibidas. El panel de expertos 3, recomendó la aceptación o eliminación definitiva de los estándares, y propuso algunos cambios de redactado y aspectos gramaticales que el comité científico incorporó en el redactado final.

Conceptos o propuestas relacionadas con la logística de la acreditación: resultado final.

Se rechazó un concepto logístico, y se aprobaron definitivamente 8 (33,3%) de los 24 relacionados con la futura acreditación; fueron los siguientes:

- 0.1. En el proceso de acreditación, el centro debe efectuar una autoevaluación previa.
 - 0.2. En el proceso de acreditación, no es necesario realizar una autoevaluación previa (consenso: “rechazado”).
- 0.7. Los profesionales que realizan las auditorías deben estar expresamente formados para practicarlas.
- 0.16. Deben existir dos tipos de estándares: obligatorios (deben cumplirse) y optativos (pueden cumplirse para optar a niveles superiores de acreditación).
- 0.20. El proceso de acreditación no debe ser gravoso económicamente para la organización.
- 0.21. Es importante que el proceso de acreditación se realice consensuadamente, desde un punto de vista económico de eficiencia, tanto para la SECA, como para las comunidades autónomas, como para los centros.
- 0.22. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben estar informatizados.

-
- 0.23. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contener un sistema de puntuación automático estandarizado.
 - 0.24. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contemplar en los resultados: cumplimiento de objetivos, tendencias y comparaciones ("benchmark").

El resto de los 15 conceptos o propuestas no consensuados, no se aprobaron y quedaron también en la 2ª ronda del Delphi como "no consensuadas". Se pospusieron para decidir, posteriormente, durante la implementación del proceso futuro de acreditación, los siguientes:

- 0.3. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser externas a la sociedad de calidad de cada comunidad autónoma.
- 0.4. Las auditorías para alcanzar la acreditación final las debe realizar la SECA.
- 0.5. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas por las sociedades de calidad de la propia comunidad autónoma.
- 0.6. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas conjuntamente por la SECA y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.
- 0.8. La formación de los profesionales que realizan las auditorías debe ser realizada por SECA.
- 0.9. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.
- 0.10. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas conjuntamente por la SECA y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.
- 0.11. El certificado de la acreditación debe ser emitido únicamente por la SECA.
- 0.12. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.
- 0.13. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma conjuntamente con la SECA.
- 0.14. Deben existir 2 o 3 distintos niveles de acreditación, por ejemplo "avanzado", "óptimo" y "excelente".
- 0.15. Solo debe existir un nivel de acreditación, por ejemplo "acreditado" y nada más.
- 0.17. Debe existir 1 solo tipo de estándares: obligatorios (deben cumplirse).
- 0.18. La acreditación debe tener una vigencia de 3 años y luego volver a acreditarse.
- 0.19. La acreditación debe tener una vigencia de 5 años y luego volver a acreditarse.

Estándares relacionados con las funciones de las UCAL.

De los 110 estándares relacionados con las funciones de las UCAL se obtuvieron, con la revisión de los panelistas, una propuesta final de consenso de 96 (87,3%) de estándares (ver **Anexo 13**), con el siguiente detalle:

- De los 110 se eliminaron definitivamente 14 estándares, al no ser considerados como adecuados o bien su contenido estaba incluido en otros estándares:
 - 1.16. La Unidad de Calidad diseña un mecanismo para incentivar la participación del personal en actividades o grupos de trabajo.
 - 1.17. El responsable de la Unidad de Calidad debe facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.
 - 2.8. En la planificación se incluyen los resultados económicos.
 - 4.6. La Unidad de Calidad promueve y establece acuerdos de colaboración con Asociaciones de Pacientes, Sociedades Científicas, Asociaciones de promoción de la calidad...
 - 5.11. La Unidad de Calidad lleva a cabo acciones para estimular la creatividad e innovación en los profesionales para mejorar los procesos.
 - 5.12. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes internos y externos, sus expectativas y necesidades y utiliza estos datos para el desarrollo de sus productos y servicios.
 - 5.13. La Unidad de Calidad diseña y desarrolla, junto a los profesionales, nuevos productos y servicios que añadan valor para estos.
 - 6.2. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto al grado de accesibilidad a los servicios ofrecidos.
 - 6.3. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto a la confidencialidad en el uso de sus datos.
 - 6.4. La Unidad de Calidad evalúa las incidencias de transgresión de la LOPD en el ámbito que le corresponde.
 - 7.4. Se mide periódicamente el porcentaje de personas que trabajan en el ámbito de calidad que han mejorado sus competencias en relación a la evaluación de la adecuación persona-puesto.
 - 8.3. Se cuantifica la participación en asociaciones de participación ciudadana u otras administraciones en temas vinculados a la mejora de la calidad de sus ámbitos de competencia.
 - 8.4. Se cuantifican las apariciones /menciones en prensa estatal/local, radio o TV a consecuencia de las actividades propias de la Unidad de Calidad.
 - 8.5. Se cuantifican las visitas a las páginas web propias de la Unidad de Calidad.

-
- Se aceptaron 10 estándares, individuales o añadidos a otros, con menos de 3 valores de consenso; son los siguientes:
 - 1.4. Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad.
 - 1.19. El responsable de la Unidad de Calidad evalúa su liderazgo.
 - 2.15. La Unidad de Calidad define un responsable de calidad en cada servicio para facilitar el despliegue.
 - 4.2. La Unidad de Calidad dispone de un presupuesto específico para la realización de sus funciones, lo conoce y participa en su formulación y seguimiento.
 - 4.3. La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad.
 - 4.7. Las alianzas formales interinstitucionales se sustentan en convenios explícitos en los que se identifican los objetivos perseguidos.
 - 6.1. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes sobre los servicios ofrecidos por la Unidad de Calidad.
 - 6.5. La Unidad de Calidad mide el número y el tiempo de respuesta de reclamaciones recibidas, agradecimientos y sugerencias.
 - 6.6. La Unidad de Calidad mide el número de solicitudes de soporte técnico o metodológico en Calidad generado desde las Unidades Funcionales del Centro.
 - 8.1. Se cuantifica el número de profesionales y de días de estancia de profesionales externos a la organización y que desarrollan actividades de aprendizaje en la gestión de la calidad en el Centro.

El panel de expertos 3 agrupó estándares para sintetizar, resumir y reducir su número total, reordenándolos, para el estudio piloto multicéntrico, resultando el listado 4º con 96 estándares (**Variable 8**). De estos, un total de 34 (35%) procedían de la fusión literal de estándares a partir de los resultados del Delphi y de las propuestas de los paneles 2 y 3 de expertos, y 62 (65%) procedían directamente de los contenidos finales de las 2 rondas del Delphi.

En el **Anexo 13** se detallan los resultados obtenidos en el estudio Delphi, con los 96 estándares revisados (listado 4º) para la realización del estudio piloto multicéntrico. Para el mismo, se eliminaron los conceptos o propuestas sobre la logística de la acreditación. A cada estándar se le asignó un resumen a modo de temática para una más rápida identificación. Además, se describen aquellos estándares que se agruparon y los que no.

6.1.2.2. Denominación definitiva de las categorías de estándares.

De acuerdo al marco teórico, el panel de expertos 3 evaluó modelos y principios para encontrar la denominación definitiva de las categorías de los estándares, inclinándose por la utilización de los nombres de los 9 criterios de modelo EFQM-2013 (**Variable 9**):

- Liderazgo (código 1.).
- Estrategia (código 2.).
- Personas (código 3.).
- Recursos y Alianzas (código 4.).
- Procesos, productos y servicios (código 5.).
- Resultados en los clientes (código 6.).
- Resultados en las personas (código 7.).
- Resultados en la sociedad (código 8.).
- Resultados clave (código 9.).

6.1.2.3. Estudio de simulación: validez de los 96 estándares.

En el taller de simulación realizado en la 10ª jornada de coordinadores en Oviedo participaron 63 profesionales (panel de expertos 4) (ver **Tabla 21**).

Tabla 21. Comunidades autónomas de los participantes en el taller de simulación.

N.º	Comunidades autónomas	N	%
1.	Andalucía	8	12,7%
2.	Aragón	1	1,6%
3.	Asturias	13	20,6%
4.	Canarias	1	1,6%
5.	Cantabria	1	1,6%
6.	Castilla La Mancha	1	1,6%
7.	Castilla y León	4	6,3%
8.	Cataluña	17	27,0%
9.	Comunidad de Madrid	3	4,8%
10.	Comunidad Valenciana	3	4,8%
11.	Galicia	3	4,8%
12.	La Rioja	1	1,6%
13.	País Vasco	2	3,2%
14.	Región de Murcia	5	7,9%
	Total	63	100,0%

Las características demográficas de los participantes eran similares a las descritas anteriormente en el Metaplan y el Delphi, debido a que el panel 4 era una muestra del universo global de coordinadores participantes en el estudio.

Los resultados de la aplicación de una prueba binomial para respuestas dicotómicas, sobre las preguntas realizadas al panel de expertos 4 (listado 4º) en el estudio de simulación, evidenciaron los tipos de validez siguientes en el listado de 96 estándares propuestos.

Validez de contenido.

Se realizaron 2 preguntas categóricas y dicotómicas (ver la **Tabla 22**: la pregunta 1) “describir si el estándar se entendía (comprensión del mismo) (SÍ / NO)”, fue afirmativa en el 80% de los casos ($p < 0,001$) (**Variable 10**); y, la pregunta 2) “explicitar si se podría demostrar y sustentar el estándar mediante un listado de evidencias documentales (SÍ / NO)”, fue afirmativa en el 84% de los casos ($p < 0,001$) (**Variable 11**).

Validez de apariencia.

La opinión del panel de expertos 4 fue asimismo afirmativa en un 75% ($p < 0,001$) de los casos (ver la **Tabla 22**) a la pregunta 3) “si cada estándar tenía relación con alguna de las dimensiones conocidas de la calidad asistencial (SÍ / NO)” (**Variable 12**).

Tabla 22. Validez de contenido y apariencia. Prueba binomial.

Prueba binomial								
	N	Media	Desviación estándar	Categoría	n	% observado	% de prueba	p
1) ¿Se entiende el estándar? (validez de contenido)	96	0,80	0,40	SÍ	77	80	50	< 0,001
				NO	19	20		
2) ¿Se puede justificar el estándar con evidencias documentales? (validez de contenido)	96	0,84	0,37	SÍ	81	84	50	< 0,001
				NO	15	16		
3) ¿El estándar refleja alguna dimensión de la calidad asistencial? (validez de apariencia)	96	0,73	0,45	SÍ	72	75	50	< 0,001
				NO	24	25		

a. Previa para proporción binomial: Beta (2,2). IC: intervalo de confianza

P: Significación estadística exacta (bilateral); N: estándares totales; n: número de respuestas.

Validez de criterio.

Y, por último, la validez de criterio concurrente se comprobó evaluando la sensibilidad y especificidad (**Variable 13**), en el estudio de simulación realizado con el panel de expertos 4 cuando se les preguntó si el estándar se cumplía (SÍ / NO) para cada caso planteado en el centro virtual respecto al modelo o “patrón oro” creado por el comité científico. En la **Tabla 23** se muestran los resultados de la sensibilidad y especificidad, la Chi-cuadrado de Pearson, y el índice kappa de concordancia.

Tabla 23. Validez de criterio. Análisis de la sensibilidad y especificidad.

Validez de criterio. Análisis de sensibilidad y especificidad			"Patrón oro". Datos de referencia del comité científico.		Total
			NO	SÍ	
Cumplimiento del estándar	NO	Recuento	57	6	63
		%	90,5%	9,5%	100,0%
	SÍ	Recuento	1	32	33
		%	3,0%	97,0%	100,0%
Total		Recuento	58	38	96
		%	60,4%	39,6%	100,0%
Intervalo de confianza 95%					
Límite inferior					
Límite superior					
Sensibilidad			84,2%	69,6%	92,6%
Especificidad			98,3%	90,9%	99,7%
Valor predictivo positivo			97,0%	84,7%	99,5%
Valor predictivo negativo			90,5%	80,7%	95,6%
Proporción de falsos positivos			1,7%	0,3%	9,1%
Proporción de falsos negativos			15,8%	7,4%	30,4%
Exactitud			92,7%	85,7%	96,4%
Odds ratio diagnóstica			304,00	35,03	2638,29
Probabilidad pre-prueba (Prevalencia)			39,6%		
Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	<i>P</i>
Chi-cuadrado de Pearson		69,24			< 0,001
Kappa		0,84	0,06	8,32	< 0,001
N de casos válidos		96			

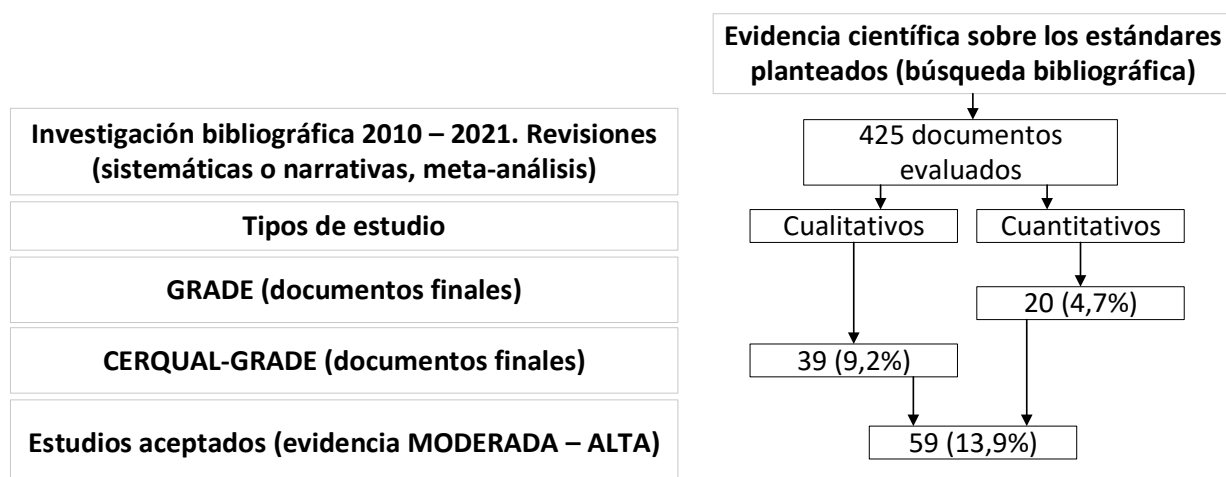
p: significación aproximada; **a**. No se presupone la hipótesis nula; **b**. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula; **c**. Se basa en aproximación normal.

6.1.2.4. Evidencia científica de los estándares finales: bibliografía.

Simultáneamente a todo el proceso de elaboración de los estándares, el comité buscó y documentó permanentemente la evidencia científica existente en aquellos conceptos que creyó importantes para la gran mayoría de los futuros estándares, con referencias bibliográficas, a partir del 2010 hasta 2021, con una búsqueda bibliográfica progresiva desde 2015 (fecha de elaboración de los primeros estándares provisionales), durante el estudio Delphi en 2016 y el estudio piloto multicéntrico en 2017, actualizándola hasta 2021.

Para poder dar respuesta y soporte a los 96 estándares finales preparados para el estudio piloto multicéntrico, de un total de 425 estudios evaluados, se seleccionaron 59 (25,1%) estudios cuantitativos y cualitativos que cumplieran con un nivel de evidencia científica moderado o alto (ver **Figura 11**). Para el resto de estándares sin bibliografía detectada, al ser estándares de estructura o de proceso propios para las UCAL, y al no encontrar una literatura científica con la evidencia relacionada, no se aportaron citas bibliográficas específicas.

Figura 11. Investigación de la evidencia con los sistemas GRADE y GRADE-CERQual.



En el **Anexo 14** se detalla la evidencia científica de los 59 documentos bibliográficos de soporte (**Variable 14**) para la elaboración de los estándares, aplicando las herramientas GRADE y GRADE-CERQual de evaluación del nivel de evidencia.

El análisis de la evidencia existente para dar soporte a los estándares de las UCAL fue realizado, simultáneamente por el comité científico, desde la propuesta de los 134 estándares planteados por el panel de expertos 1 en el Metaplan, hasta los 110 resultantes de las 2 rondas del estudio Delphi (obviando los 24 conceptos de tipo logístico para la acreditación) y, finalizando con el listado de 96 estándares para el estudio piloto multicéntrico. En la **Tabla 24**, se describe el resumen de las evidencias detectadas para cada categoría de estándares.

Tabla 24. Evidencia científica de soporte a los estándares.

Categorías	Número de estándares totales	Número de estándares con evidencias detectadas	%
Liderazgo	9	7	77,8%
Estrategia	11	6	54,5%
Personas	9	6	66,7%
Alianzas y recursos	6	3	50,0%
Procesos, productos y servicios	18	12	66,7%
Resultados en los clientes (pacientes)	4	4	100,0%
Resultados en las personas (profesionales)	12	7	58,3%
Resultados en la sociedad	6	2	33,3%
Resultados clave	21	12	57,1%
Total	96	59	61,5%

Así, de estos 96 estándares finales a evaluar por las UCAL, en el 61,5% de ellos se encontró la evidencia existente (GRADE, y GRADE-CERQual) (ver **Tabla 25**) a partir de 59 documentos con una evidencia “moderada o alta”; los 37 (39%) estándares restantes se consideraron como estándares específicos, propios y personalizados para las UCAL, en la cual la búsqueda bibliográfica no dio ningún fruto.

Tabla 25. Herramientas GRADE y GRADE-CERQUAL.

Herramienta GRADE (grado o nivel de evidencia)	Estudios bibliográficos N (%)
Alta	7 (33%)
Moderada	14 (67%)
Subtotal	21 (36 %)
Herramienta GRADE-CERQual (grado o nivel de confianza)	
Alta	10 (26%)
Moderada	28 (74%)
Subtotal	38 (64 %)
Total de estudio aceptados	59 (100 %)

Los resultados de la prueba binomial (ver **Tabla 26**) muestran que el hallazgo de evidencia científica en la bibliografía para el conjunto de estándares no se debe al azar, sino a la existencia de evidencia para los estándares de calidad asistencial con una significación de $p = 0,032$ para refrendar la validez de contenido de la evidencia existente sobre el total de los estándares.

Tabla 26. Prueba binomial sobre la evidencia científica.

Prueba binomial						
		Categoría	N	% observado	% de prueba	Significación exacta (bilateral)
Evidencia	Con evidencia	SÍ	59	61	50	$p = 0,032$
	Sin evidencia	NO	37	39		
	Total		96	100		

N: número de estándares refrendados por publicaciones con una evidencia científica moderada – alta. p -valor $\leq 0,05$.



6.2. Resultados para el objetivo 2.

Objetivo 2. Elaborar un programa informático que integre los estándares, con un sistema de puntuación que contemple la obtención de un grado o nivel de cumplimiento.

6.2.1. Programa y sistema de puntuación: “agentes facilitadores”.

A partir de la base de datos Excel – 2016 (Microsoft) se construyó una hoja Excel provisional con los parámetros a evaluar y un sistema de fórmulas utilizando las funciones del programa.

1. Los parámetros y el sistema de puntuación concreta de cada estándar perteneciente a los “agentes facilitadores” (categorías 1-5) se realizó de acuerdo al siguiente baremo, dependiendo de la existencia de documentos, medición de indicadores, implementación en las áreas relevantes, y revisiones (ver **Figuras 12 y 13**):

- Existen evidencias de DOCUMENTOS y/o realización de ACTIVIDADES sobre el estándar concreto (SÍ =1 punto; NO = 0 puntos; NO APLICA = 1).
- Existen evidencias de la implementación del estándar concreto en todas las ÁREAS RELEVANTES (SÍ =1 punto; NO = 0 puntos; NO APLICA = 1).
- Existen evidencias de la REVISIÓN periódica del estándar concreto (SÍ =1 punto; NO = 0 puntos; NO APLICA = 1).
- Existen evidencias de la medición mediante INDICADORES e implementación de mejoras (SÍ =1 punto; NO = 0 puntos; NO APLICA = 1).

Figura 12. Sistema de puntuación (“agentes facilitadores”, categorías del 1 al 5) (I).

AGENTES FACILITADORES		Ciclo de mejora continua				
ESTÁNDAR Código	1. ¿Evidencia de documento/s y/o realización, basados en los planes, procesos y objetivos del centro? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	2. ¿Evidencia de implementación en todas las áreas relevantes, y/o profesionales, y/o toda la organización? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	3. ¿Evidencia de revisión periódica del estándar y/o de los documentos? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	4. ¿Evidencia de uno o varios indicadores medidos, con la detección de mejoras y su implementación? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	Evaluación total del estándar: EVIDENCIA	Cumplimiento del estándar (SI= 1; NO =0)
1.1					0	0

Figura 13. Sistema de puntuación (“agentes facilitadores”, categorías del 1 al 5) (II).

AGENTES FACILITADORES		Ciclo de mejora continua					
ESTÁNDAR Código	1. ¿Evidencia de documento/s y/o realización, basados en los planes, procesos y objetivos del centro? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	2. ¿Evidencia de implementación en todas las áreas relevantes, y/o profesionales, y/o toda la organización? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	3. ¿Evidencia de revisión periódica del estándar y/o de los documentos? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	4. ¿Evidencia de uno o varios indicadores medidos, con la detección de mejoras y su implementación? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	Evaluación total del estándar: EVIDENCIA	Cumplimiento del estándar (SI= 1; NO =0)	
1.1	0 o 1	0 o 1	0 o 1	0 o 1	0	0	

2. La puntuación final anterior para cada estándar se agrupa en el agrupador de “evaluación total del estándar: EVIDENCIA” (celda naranja) (ver ejemplos en las Figuras 16 y 17):

- 0 puntos (sin evidencia) (no hay evidencia de documentos, ni de medición de indicadores, ni de implantación en áreas, ni de revisión).
- 1 punto (alguna evidencia) (evidencia mínima o en fase inicial).
- 2 puntos (evidencia relativa) (evidencia relativa o poco objetivable).
- 3 puntos (bastante evidencia) (evidencia objetivable de planes y acciones en vías de desarrollo).
- 4 puntos (amplia evidencia) (evidencia clara, contrastada y objetivable, en desarrollo avanzado).

3. Dado que cada estándar perteneciente a las categorías de “agentes facilitadores” tendría que evidenciar los 4 conceptos de evaluación anteriores, se consideró como alcanzado o no el estándar (“cumplimiento del estándar”), cuando el sumatorio total fuera (ver ejemplos en las Figuras 14 y 15):

- 0, 1 o 2 puntos = resultado definitivo “0”; estándar NO APTO.
- 3 o 4 puntos = resultado definitivo “1”; estándar APTO.

Figura 14. Sistema de puntuación (“agentes facilitadores”). No cumplimiento.

AGENTES FACILITADORES		Ciclo de mejora continua					
ESTÁNDAR Código	1. ¿Evidencia de documento/s y/o realización, basados en los planes, procesos y objetivos del centro? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	2. ¿Evidencia de implementación en todas las áreas relevantes, y/o profesionales, y/o toda la organización? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	3. ¿Evidencia de revisión periódica del estándar y/o de los documentos? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	4. ¿Evidencia de uno o varios indicadores medidos, con la detección de mejoras y su implementación? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	Evaluación total del estándar: EVIDENCIA	Cumplimiento del estándar (SI= 1; NO =0)	
1.1	1	1	0	0	$\Sigma = 2$	0	

Figura 15. Sistema de puntuación (“agentes facilitadores”). Cumplimiento.

AGENTES FACILITADORES		Ciclo de mejora continua					
ESTÁNDAR Código	1. ¿Evidencia de documento/s y/o realización, basados en los planes, procesos y objetivos del centro? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	2. ¿Evidencia de implementación en todas las áreas relevantes, y/o profesionales, y/o toda la organización? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	3. ¿Evidencia de revisión periódica del estándar y/o de los documentos? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	4. ¿Evidencia de uno o varios indicadores medidos, con la detección de mejoras y su implementación? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	Evaluación total del estándar: EVIDENCIA	Cumplimiento del estándar (SI= 1; NO =0)	
1.1	1	1	1	1	Σ = 4	1	

4. La fórmula empleada en el Excel para el recuento de los datos para obtener el resultado parcial y final de cada estándar en las categorías de “agentes facilitadores” (de la 1 a la 5), se detalla a continuación (ver **Figura 16**).

i. Para obtener el resultado del apartado “EVIDENCIA” (casilla en color naranja), se ha utilizado la variable “sumatorio”:

- =SUMA(Fila Dato N.º: Fila Dato N.º)

▪ Ejemplo: =SUMA(G6:L6) [para el estándar ubicado en la fila 6]

ii. Para obtener el resultado del apartado “Cumplimiento del estándar” (casilla en color gris), se ha utilizado la función excel referente a “SI(prueba_lógica;[valor_si_verdadero]; [valor_si_falso])” que comprueba si se cumple una condición y devuelve un valor si se evalúa como VERDADERO y otro valor si se evalúa como FALSO:

- =SI(O(Fila Dato N.º =0; Fila Dato N.º =1; Fila Dato N.º =2);0;(SI(O(Fila Dato N.º=3; Fila Dato N.º=4);1;"")))

▪ Ejemplo: =SI(O(M6=0;M6=1;M6=2);0;(SI(O(M6=3;M6=4);1;""))) [para el estándar ubicado en la fila 6]

Figura 16. Sistema de puntuación (“agentes facilitadores”). Cálculo.

AGENTES FACILITADORES		Ciclo de mejora continua					
ESTÁNDAR Código	1. ¿Evidencia de documento/s y/o realización, basados en los planes, procesos y objetivos del centro? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	2. ¿Evidencia de implementación en todas las áreas relevantes, y/o profesionales, y/o toda la organización? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	3. ¿Evidencia de revisión periódica del estándar y/o de los documentos? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	4. ¿Evidencia de uno o varios indicadores medidos, con la detección de mejoras y su implementación? (Sí o no aplica= 1; NO=0)	Evaluación total del estándar: EVIDENCIA	Cumplimiento del estándar (SI= 1; NO =0)	
1.1					=SUMA(G6:L6)	=SI(O(M6=0;M6=1;M6=2);0;(SI(O(M6=3;M6=4);1;"")))	

6.2.2. Programa y sistema de puntuación: “resultados”.

En las Figuras 17 y 18 se detalla la base de datos con los parámetros utilizados para agrupar los estándares de acuerdo a las categorías de “resultados”.

Figura 17. Parámetros a evaluar en las categorías de la 6 a la 9, de “resultados”.

RESULTADOS	Ciclo de mejora continua					
ESTÁNDAR. Código	1. Nº de medidas mínimas realizadas en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 medidas=1 punto)	2. Nº de objetivos alcanzados en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 objetivos=1 punto)	3. Tendencias (+) o sostenidas en los últimos 5 años (NO=0 puntos; leves en $\geq 25\%$ de ellos=0,3; moderadas en $\geq 50\%$=0,5; óptimas en $\geq 70\%$=0,7; totalmente en el 100%=1)	4. Comparación favorable con otros resultados Internos/externos basados en los planes, procesos y objetivos del centro (NO=0 puntos; leves en $\geq 25\%$ de ellos=0,3; moderadas en $\geq 50\%$=0,5; óptimas en $\geq 70\%$=0,7; totalmente en el 100%=1)	Evaluación total del estándar: EVIDENCIA	Cumplimiento del estándar (SI=1; NO =0)
6.1					0	0

1. Los parámetros y el sistema de puntuación concreta de cada estándar perteneciente a “resultados” se explicitó del siguiente modo:
 - i. Si se medían indicadores en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo de 4 medidas en total en los últimos 5 años en las categorías 6, 7 y 8; y mínimo de 5 medidas en total para la categoría 9). Por tanto:
 - Sin indicadores medidos = 0 puntos;
 - 4 o más indicadores medidos (en las categorías 6, 7 u 8) = 1 punto;
 - 5 o más indicadores medidos (en la categoría 9) = 1 punto.
 - ii. Si se evaluaban un conjunto de “objetivos” previstos alcanzados en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo de 4 medidas en total en los últimos 5 años en las categorías 6, 7 y 8; y mínimo de 5 medidas en total para la categoría 9). Por tanto:
 - Sin objetivos alcanzados = 0 puntos;
 - 4 o más objetivos alcanzados (en las categorías 6, 7 u 8) = 1 punto;
 - 5 o más objetivos alcanzados (en la categoría 9) = 1 punto.
 - iii. Si existían o no “tendencias” positivas o sostenidas de los indicadores en los últimos 5 años, con el siguiente baremo:
 - Sin tendencias en el 0% de ellos = 0 puntos;
 - Tendencias en $\geq 30\%$ de ellos = 0,3 puntos;
 - Tendencias en $\geq 50\%$ de ellos = 0,5 puntos;
 - Tendencias en $\geq 70\%$ de ellos = 0,7 puntos;

- Tendencias en el 100% de ellos = 1 punto.
 - a. Per ejemplo: tendencias positivas mantenidas, leves o moderadas durante 5 años en el porcentaje de adherencia a realizar la higiene de manos (58%, 75%, 81%...), o sostenidas en los valores óptimos (ej., 83%, 82%, 83%...).
- iv. Si existía una comparación favorable de los indicadores de cada estándar con los indicadores externos publicados o, sino los hubiera, con “metas o resultados planificados previos internos” del centro, con el siguiente baremo:
- Sin comparativa en el 0% de ellos = 0 puntos;
 - Comparativa favorable en $\geq 30\%$ de ellos = 0,3 puntos;
 - Comparativa favorable en $\geq 50\%$ de ellos = 0,5;
 - Comparativa favorable en $\geq 70\%$ de ellos = 0,7 puntos;
 - Comparativa favorable en el 100% de ellos = 1 punto.

Cuando los resultados de los indicadores de los estándares se comparan con indicadores de otros centros o estándares internacionales consolidados. Por ejemplo:

- El valor de un indicador consolidado o en otros centros es $\geq 80\%$, y en el centro propio = 86% (resultado favorable).
- O bien, cuando ante una evidencia relativa o poco objetivable, se dan unos resultados iguales a otros centros (otros centros 81%, y en el centro propio 81%) (resultado favorable).
- O bien, cuando el centro ha descrito previamente una meta o resultado planificado (resultado planificado descrito previamente por el centro $> 80\%$, resultado final del 84%, favorable).

Figura 18. Sistema de puntuación de cada estándar (“resultados”, categorías del 6 al 9).

RESULTADOS						
Ciclo de mejora continua						
ESTÁNDAR. Código	1. Nº de medidas mínimas realizadas en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 medidas=1 punto)	2. Nº de objetivos alcanzados en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 objetivos=1 punto)	3. Tendencias (+) o sostenidas en los últimos 5 años (NO=0 puntos; leves en $\geq 25\%$ de ellos=0,3; moderadas en $\geq 50\%$ =0,5; óptimas en $\geq 70\%$ =0,7; totalmente en el 100%=1)	4. Comparación favorable con otros resultados Internos/externos basados en los planes, procesos y objetivos del centro (NO=0 puntos; leves en $\geq 25\%$ de ellos=0,3; moderadas en $\geq 50\%$ =0,5; óptimas en $\geq 70\%$ =0,7; totalmente en el 100%=1)	Evaluación total del estándar: EVIDENCIA	Cumplimiento del estándar (SI=1; NO =0)
6.1	0 o 1	0 o 1	0, o 0,3, o 0,5, o 0,7, o 1	0, o 0,3, o 0,5, o 0,7, o 1	0	0

2. Dado que cada estándar perteneciente a las categorías de “resultados” tendría que evidenciar, también, los 4 conceptos de evaluación anteriores, se consideró como alcanzado o no el estándar, cuando el sumatorio total fuera (**Variable 15**) (ver **Figuras 19 y 20**):

- 0, 1 o 2 puntos = resultado definitivo “0”; estándar NO APTO.
- 3 o 4 puntos = resultado definitivo “1”; estándar APTO.

Figura 19. Sistema de puntuación (“resultados”). No cumplimiento.

RESULTADOS	Ciclo de mejora continua					
ESTÁNDAR. Código	1. Nº de medidas mínimas realizadas en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 medidas=1 punto)	2. Nº de objetivos alcanzados en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 objetivos=1 punto)	3. Tendencias (+) o sostenidas en los últimos 5 años (NO=0 puntos; leves en $\geq 25\%$ de ellos=0,3; moderadas en $\geq 50\%$ =0,5; óptimas en $\geq 70\%$ =0,7; totalmente en el 100%=1)	4. Comparación favorable con otros resultados Internos/externos basados en los planes, procesos y objetivos del centro (NO=0 puntos; leves en $\geq 25\%$ de ellos=0,3; moderadas en $\geq 50\%$ =0,5; óptimas en $\geq 70\%$ =0,7; totalmente en el 100%=1)	Evaluación total del estándar: EVIDENCIA	Cumplimiento del estándar (SI=1; NO =0)
6.1	3 medidas de indicadores alcanzados = 0 p.	6 objetivos alcanzados = 1 punto	50% = 0,5 puntos	80% = 0,7 puntos	$\Sigma = 2,2$ puntos	0

Figura 20. Sistema de puntuación (“resultados”). Cumplimiento.

RESULTADOS	Ciclo de mejora continua					
ESTÁNDAR. Código	1. Nº de medidas mínimas realizadas en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 medidas=1 punto)	2. Nº de objetivos alcanzados en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 objetivos=1 punto)	3. Tendencias (+) o sostenidas en los últimos 5 años (NO=0 puntos; leves en $\geq 25\%$ de ellos=0,3; moderadas en $\geq 50\%$ =0,5; óptimas en $\geq 70\%$ =0,7; totalmente en el 100%=1)	4. Comparación favorable con otros resultados Internos/externos basados en los planes, procesos y objetivos del centro (NO=0 puntos; leves en $\geq 25\%$ de ellos=0,3; moderadas en $\geq 50\%$ =0,5; óptimas en $\geq 70\%$ =0,7; totalmente en el 100%=1)	Evaluación total del estándar: EVIDENCIA	Cumplimiento del estándar (SI=1; NO =0)
6.1	5 medidas alcanzadas = 1 punto	4 objetivos alcanzados = 1 punto	80% = 0,7 puntos	40% = 0,3 puntos	$\Sigma = 3$ puntos	1

3. La fórmula empleada en la base de datos para el recuento de los datos para obtener el resultado parcial y final de cada estándar en las categorías de “resultados” (de la 6 a la 9), se detalla a continuación (ver **Figura 21**).

- Para obtener el resultado del apartado “EVIDENCIA” (casilla en color naranja), se ha utilizado la variable “sumatorio”:

- =SUMA(número1,[número2],...)
a. Ejemplo: =+H88+J88+K88+L88 [para el estándar ubicado en la fila 88]

ii. Para obtener el resultado del apartado “Cumplimiento del estándar” (casilla en color gris), se ha utilizado la función excel referente a “SI(prueba_lógica;[valor_si_verdadero]; [valor_si_falso])” que comprueba si se cumple una condición y devuelve un valor si se evalúa como VERDADERO y otro valor si se evalúa como FALSO:

- =SI(O(Fila Dato N.º <3);0;(SI(O(Fila Dato N.º >=3);1;"")))
a. Ejemplo: =SI(O(M88<3);0;(SI(O(M88>=3);1;""))) [para el estándar ubicado en la fila 88].

Figura 21. Sistema de puntuación (“resultados”). Cálculo.

RESULTADOS	Ciclo de mejora continua					
ESTÁNDAR. Código	1. N° de medidas mínimas realizadas en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 medidas=1 punto)	2. N° de objetivos alcanzados en las áreas relevantes de alcance anual durante los últimos 5 años (mínimo 4 objetivos=1 punto)	3. Tendencias (+) o sostenidas en los últimos 5 años (NO=0 puntos; leves en ≥ 25% de ellos=0,3; moderadas en ≥ 50%=0,5; óptimas en ≥ 70%=0,7; totalmente en el 100%=1)	4. Comparación favorable con otros resultados Internos/externos basados en los planes, procesos y objetivos del centro (NO=0 puntos; leves en ≥ 25% de ellos=0,3; moderadas en ≥ 50%=0,5; óptimas en ≥ 70%=0,7; totalmente en el 100%=1)	Evaluación total del estándar: EVIDENCIA	Cumplimiento del estándar (SI= 1; NO =0)
6.1					=+H88+J88+K88+L88	=SI(O(M88<3);0;(SI(O(M88>=3);1;"")))

6.2.3. Algoritmo para el sistema de puntuación parcial.



1. La suma del total de estándares obtenida en la columna de “cumplimiento del estándar” en cada categoría, alimenta las variables “A” y “B” en la puntuación final.
2. La suma de puntuaciones totales obtenidas en la columna “EVIDENCIA” en cada categoría, alimenta la variable “C” en la puntuación final.
3. El cociente entre la suma de los estándares cumplidos y el número de estándares de cada categoría, por 100, representa el porcentaje de estándares cumplidos parcialmente en cada categoría.

En las **Tablas 27 y 28**, se detallan las fórmulas para el cálculo de la puntuación parcial de cada categoría, con dos ejemplos, uno para la categoría 3, y otro para la categoría 6.

Tabla 27. Fórmulas para el cálculo parcial de cada categoría (I).

N.º COLUMNA			G	I	K	L	M	N	R	S
N.º FILA	Código	CRITERIO 3. PERSONAS (profesionales)	1. ¿Documento/s y/o actividades?	2. ¿Implementación en todas las áreas relevantes?	3. ¿Revisión periódica?	4. ¿Indicadores medidos?	Evaluación total del estándar: SÍ EVIDENCIA en suma ≥ 3	Cumplimiento del estándar (SI= 1; NO =0)		
39	3.1		1	1	1	1	=+G39+I39+K39+L39	=SI(O(M39=0;M39=1;M39=2);0;(SI(O(M39=3;M39=4);1;"")))		
40	3.2		1	1	1	1	=+G40+I40+K40+L40	=SI(O(M40=0;M40=1;M40=2);0;(SI(O(M40=3;M40=4);1;"")))		
41	3.3		1	1	1	1	=+G41+I41+K41+L41	=SI(O(M41=0;M41=1;M41=2);0;(SI(O(M41=3;M41=4);1;"")))		
42	3.4		1	1	1	1	=+G42+I42+K42+L42	=SI(O(M42=0;M42=1;M42=2);0;(SI(O(M42=3;M42=4);1;"")))		
43	3.5		1	1	1	1	=+G43+I43+K43+L43	=SI(O(M43=0;M43=1;M43=2);0;(SI(O(M43=3;M43=4);1;"")))		
44	3.6		1	1	1	1	=+G44+I44+K44+L44	=SI(O(M44=0;M44=1;M44=2);0;(SI(O(M44=3;M44=4);1;"")))		
45	3.7		1	1	1	1	=+G45+I45+K45+L45	=SI(O(M45=0;M45=1;M45=2);0;(SI(O(M45=3;M45=4);1;"")))		
46	3.8		1	1	1	1	=+G46+I46+K46+L46	=SI(O(M46=0;M46=1;M46=2);0;(SI(O(M46=3;M46=4);1;"")))		
47	3.9		1	1	1	1	=+G47+I47+K47+L47	=SI(O(M47=0;M47=1;M47=2);0;(SI(O(M47=3;M47=4);1;"")))		
48		Suma de puntuaciones / Total de estándares alcanzados					=SUMA(M39:M47)	=SUMA(N39:N47)	=CONTAR(M39:M47)	=SI(R48=0;0;1)
49		Valor medio de puntuación / Porcentaje de cumplimiento					=SI(R48=0;0;(M48/R48))	=SI(R48=0;0;(N48/R48))		
50		Total de estándares alcanzados en el CRITERIO 3						=N48	=R48	=S48
51		Porcentaje de estándares alcanzados en el CRITERIO 3						=SI(R50=0;0;(N50/R50))		

Tabla 28. Fórmulas para el cálculo parcial de cada categoría (II).

N.º COLUMNA 			G	I	K	L	M	N	R	S	T
N.º FILA 	Código	CATEGORÍA 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES	1. N.º de medidas mínimas realizadas	2. N.º de objetivos alcanzados	3. Tendencias (+) o sostenidas en los últimos 5 años	4. Comparación favorable con otros resultados Internos/externos	Evaluación total del estándar: Sí EVIDENCIA en suma ≥ 3	Cumplimiento del estándar (SI= 1; NO =0)			
91	6.1		0	0	0	0	0	=SI(O(M91<3);0;(SI(O(M91>=3);1;""))))			
92	6.2		0	0	0	0	0	=SI(O(M92<3);0;(SI(O(M92>=3);1;""))))			
93	6.3		0	0	0	0	0	=SI(O(M93<3);0;(SI(O(M93>=3);1;""))))			
94	6.4		0	0	0	0	0	=SI(O(M94<3);0;(SI(O(M94>=3);1;""))))			
95		Suma de puntuaciones / Total de estándares alcanzados					=SUMA(M91:M94)	=SUMA(N91:N94)	=CONTAR(M91:M94)	=SI(R95=0;0;1)	=CONTAR(M91:M94)*1,5
96		Valor medio de puntuación / Porcentaje de cumplimiento					=SI(R95=0;0;(M95/R95))	=SI(R95=0;0;(N95/R95))	=SUMA(N91:N94)		=+R96*1,5
97		Total de estándares alcanzados en el CRITERIO 6						=N95	=R95	=S95	=+T95
98		Porcentaje de estándares alcanzados en el CRITERIO 6						=SI(R97=0;0;(N97/R97))			

6.2.4. Algoritmo para el sistema de puntuación global y final.

1. Previamente al sumatorio final total, se aplicó un factor de corrección de 1,5 al recuento y sumatorio parciales, solamente de las categorías 6 y 9, por la trascendencia de las mismas (resultados en los clientes, y resultados clave, respectivamente).
2. A partir del resultado final de cada estándar, “1” o “0”, se obtuvo un sumatorio final definitivo (corregido mediante el factor de corrección anterior) sobre la consecución de todos los estándares, para evaluar las UCAL, en formato de porcentaje (x 100).
3. A continuación, se detalla el algoritmo con las variables y fórmulas utilizadas para el sistema de puntuación global y final:

- **Recuento del número de estándares totales**

- **Variable “A” (total de estándares teóricos en la columna de “evidencia”).** Esta variable refleja el número total de estándares existentes en todos los apartados de las 9 categorías (96 estándares) [=CONTAR (nº columna inicial : nº columna final)].

- Concepto de la variable A:

- [=CONTAR (*celda inicial c1 “n” : celda final c1 “n”*), (*celda inicial c2 “n” : celda final c2 “n”*)...] (hasta c9).

- c1 = resultado del recuento de las celdas de cada estándar de la categoría 1 (liderazgo), por ejemplo.
- n = dato del resultado concreto.

- Función de la variable A (sintaxis):

- =CONTAR (valor 1; [valor 2];...).

- Des de la categoría 1 (liderazgo), hasta la categoría 9 (resultados clave).

- **Número de estándares alcanzados y cumplidos (sin factor de corrección).**

- **Variable “B” (total de la puntuación alcanzada en el “cumplimiento” de estándares, sin el factor de corrección 1,5 de las categorías 6 y 9).** Sumatorio del total de puntuación de los estándares cumplidos (0 a 1 punto máximo por cada uno de los 96 estándares, hasta un total máximo teórico de 96 puntos). Si ha cumplido un estándar, el valor final es 1; y sino lo cumple, un 0. NO se ha aplicado el factor de corrección 1,5.

-
- Concepto de la variable B:
 - [=SUMA (celda inicial c1 “n” : celda final c1 “n”), (celda inicial c2 “n” : celda final c2 “n”)...] (hasta c9).
 - c1 = resultado sumatorio de las celdas de cada estándar de la categoría 1 (liderazgo) en la columna “cumplimiento”, por ejemplo.
 - n = dato del resultado concreto.
 - Función de la variable B (sintaxis):
 - =SUMA(número1,[número2],...). Des de la categoría 1 (liderazgo), hasta la categoría 9 (resultados clave).
 - **Variable “C” (suma de la puntuación alcanzada por el total de estándares en la columna de “evidencia”).** Esta variable refleja el sumatorio alcanzado en todos los apartados de las 9 categorías de los 96 estándares.
 - Concepto de la variable C:
 - [=SUMA (celda inicial c1 “n” : celda final c1 “n”), (celda inicial c2 “n” : celda final c2 “n”)...] (hasta c9).
 - c1 = resultado sumatorio de las celdas de cada estándar de la categoría 1 (liderazgo) en la columna “evidencia”, por ejemplo.
 - n = dato del resultado concreto.
 - Funciones de la variable C (sintaxis):
 - =SUMA (valor 1; [valor 2];...). Des de la categoría 1 (liderazgo), hasta la categoría 9 (resultados clave).
 - **Variable “D” (media de puntuación alcanzada en el total de estándares en la columna de “evidencia”).** Esta variable refleja el cociente entre la variable C y la variable A.
 - Función de la variable D (sintaxis):
 - =variable C/variable A
 - **Variable “E” (total del número de estándares teóricos en la columna de “evidencia”, corregidos por el factor de conversión 1,5).** Esta variable refleja el número total de estándares existentes en todos los apartados de las 9 categorías (96 estándares) [=CONTAR (nº columna inicial : nº columna final)], con una salvedad, que el resultado parcial del recuento de los estándares de las categorías 6 y 9, se ha multiplicado por 1,5, al tener más impacto los “resultados en clientes” y los “resultados clave”.

- Concepto de la variable C:
 - [=CONTAR (celda inicial c1 “n” : celda final c1 “n”), (celda inicial c6 “n” : celda final c6 “n”)*1,5... (celda inicial c9 “n” : celda final c9 “n”)*1,5...].
 - c1 = resultado del recuento de las celdas de cada estándar de la categoría 1 (liderazgo), por ejemplo.
 - C6 y c9 = resultado del recuento de las celdas de cada estándar de la categoría 6 (resultados en los clientes), y c9 (resultados clave).
 - n = dato del resultado concreto.
- Funciones de la variable C (sintaxis):
 - =CONTAR(valor1; [valor2]; ...) *1,5 [para las categorías 6 y 9].
 - =CONTAR (valor 1; [valor 2];...), [para el resto de categorías].
- **Variable “F” (suma del total de estándares alcanzados en la columna de “cumplimiento”, habiendo aplicado el factor de corrección 1,5 en las categorías 6 y 9).**
 - Concepto de la variable F:
 - [=SUMA (celda inicial c1 “n” : celda final c1 “n”), (celda inicial c6 “n” : celda final c6 “n”)*1,5... (celda inicial c9 “n” : celda final c9 “n”)*1,5...].
 - c1 = resultado del sumatorio de las celdas de cada estándar de la categoría 1 (liderazgo), por ejemplo.
 - C6 y c9 = resultado del sumatorio de las celdas de cada estándar de la categoría 6 (resultados en los clientes), y c9 (resultados clave).
 - n = dato del resultado concreto.
 - Funciones de la variable F (sintaxis):
 - =SUMA (valor 1; [valor 2];...)
- **Variable “15” (cociente entre la variable F / variable E); PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO.**
 - Concepto de la variable 15:
 - [= cociente entre la variable F y la variable C].
 - Funciones de la variable 15 (sintaxis):
 - = (variable F / variable E)*100.



En la **Figura 22**, y en la **Tabla 29**, se detallan las variables y las fórmulas para el cálculo de la puntuación global final (ejemplo de la última categoría 9).

Figura 22. Sistema de puntuación. Variables para el algoritmo de fórmulas.

Total de estándares posibles	96,00	
Valor medio puntuación / Total de estándares cumplidos	4,00	96,00
Total de estándares posibles	108,50	
Total de estándares cumplidos <small>(con factor de corrección 1,5)</small>	108,50	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TOTAL		100,00%

Variable E: Total de estándares posibles (108,50)
 Variable A: Total de estándares posibles (96,00)
 Variable D = C / A: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TOTAL (100,00%)
 Variable B: Valor medio puntuación / Total de estándares cumplidos (4,00)
 Variable F: Total de estándares cumplidos (108,50)
 Variable 15: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TOTAL (100,00%)

Tabla 29. Fórmulas para el cálculo de la puntuación final.

N.º COLUMNA 		M	N	R	S	T
N.º FILA 						
152	Suma de puntuaciones / Total de estándares alcanzados en el CRITERIO 9	=SUMA(M131:M151)	=SUMA(N131:N151)	=CONTAR(M131:M151)	=SI(R152=0;0;1)	=CONTAR(M131:M151)*1,5
153	Valor medio de puntuación / Porcentaje de cumplimiento en el CRITERIO 9	=SI(R152=0;0;(M152/R152))	=SI(R152=0;0;(N152/R152))	=SUMA(N131:N151)		=R153*1,5
154	Total de estándares alcanzados en el CRITERIO 9		=N152	=R152	=S152	=CONTAR(M131:M151)*1,5
155	Porcentaje de estándares alcanzados en el CRITERIO 9		=SI(R154=0;0;(N154/R154))			
156						
157	Total de estándares posibles	=R154+R127+R115+R97+R86+R62+R50+R35+R18	=M157			
158	Valor medio puntuación / Total de estándares cumplidos	=(M152+M125+M113+M95+M84+M60+M48+M33+M16)/M157	=N154+N127+N115+N97+N86+N62+N50+N35+N18			
159	Total de estándares posibles	=T154+R127+R115+T97+R86+R62+R50+R35+R18	=M159			
160	Valor medio puntuación - Total de estándares cumplidos	=(M152+M125+M113+M95+M84+M60+M48+M33+M16)/M157	=T153+N127+N115+T96+N86+N62+N50+N35+N18			
161		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TOTAL	=N160/N159 (Variable 15)			

6.3. Resultados para el objetivo 3.

Objetivo 3. Realizar un estudio piloto multicéntrico para implementar los estándares informatizados, evaluar su nivel o grado de cumplimiento, y comparar centros sanitarios españoles entre sí.

1. Centros participantes en el estudio piloto multicéntrico.
2. Estudio y grado de fiabilidad y validez de los estándares.
3. Porcentaje único y global del “nivel o grado cumplimiento” de los estándares en los centros.

6.3.1. Estudio multicéntrico: características de los centros.

6.3.1.1. Centros participantes.

Participaron en el estudio 21 centros (panel de expertos 5) de 7 comunidades autónomas del estado español. Ver **Tabla 30** y **Figura 23**.

Tabla 30. Comunidades autónomas participantes en el estudio piloto multicéntrico.

N.º	Comunidades autónomas	Número	%
1.	Cataluña	9	43%
2.	Comunidad Valenciana	3	14%
3.	Comunidad de Madrid	3	14%
4.	Principado de Asturias	2	10%
5.	Región de Murcia	2	10%
6.	Castilla y León	1	5%
7.	País Vasco	1	5%
	Total	21	100%

Figura 23. Centros participantes en el estudio piloto multicéntrico de los estándares.



Fuente: elaboración propia.

Cada centro aportaba los datos con el tipo de atención sanitaria que proporcionaba: primaria, y/o hospitalaria, y/o sociosanitaria, y/o salud mental (ver **Tabla 31**). En 12 centros (57%) se realizaba un solo tipo de asistencia, en 8 (38%) dos tipos, y en 1 (5%) centro los 4 tipos de asistencia. Por otra parte, el 63% de los centros disponían de atención hospitalaria (media de 444 ± 274 camas), el 25% de atención primaria, el 9% de sociosanitaria (media de 39 ± 12 camas), y el 3% de salud mental.

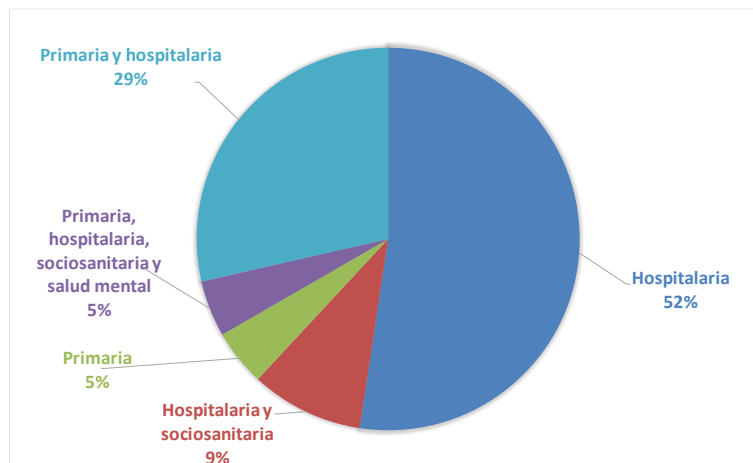
Tabla 31. Áreas de atención en los centros participantes (estudio piloto multicéntrico).

Centros participantes	Atención primaria	Atención hospitalaria	Atención sociosanitaria	Atención en salud mental	Total
Dirección de Atención Primaria Camp de Tarragona. Tarragona.	1				1
Fundació Puigvert. Barcelona.		1			1
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona		1			1
Hospital Universitari General de Catalunya. Barcelona.		1			1
Hospital Universitari Trías y Pujol. Barcelona.		1			1
Hospital Universitario "Joan XXIII" de Tarragona. Tarragona.		1			1
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.		1			1
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.		1			1
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.		1			1
Institut Català d'Oncologia. Barcelona.		1			1
Hospital Universitario Central de Asturias. Área Sanitaria IV. Asturias.		1			1
Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant. Alicante.		1			1
Hospital de Jario - Área sanitaria I. Asturias.	1	1			2
Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.	1	1			2
Hospital Morales Meseguer Área 6. Región de Murcia. Murcia.	1	1			2
Marina Salud. Alicante.	1	1			2
Hospital Universitario Río Ortega. Valladolid.	1	1			2
Hospital general universitario Santa Lucía. Área II de Salud. Cartagena. Región de Murcia.	1	1			2
Hospital de Sant Celoni. Barcelona.		1	1		2
Hospital General de Granollers. Barcelona.		1	1		2
Organización sanitaria integrada Bilbao-Basarto. Bilbao.	1	1	1	1	4
Total	8	20	3	1	32
	25%	63%	9%	3%	100%

Datos proporcionados por los centros.

La distribución y combinación de los 4 tipos de asistencia se detalla en la **Figura 24**.

Figura 24. Ámbitos de asistencia de los 21 centros participantes.



6.3.1.2. Características de los centros participantes.

Tipos de centros.

El 48% de los centros eran centros de referencia y de alta complejidad (con una media y desviación estándar de 742 ± 246 camas), el 19% centros generales de referencia (369 ± 44 camas), el 19% centros comarcales (204 ± 144 camas), el 10% centros monográficos (oncológicos y urológicos) (144 ± 29 camas), y el 5% un centro de dirección de atención primaria. El 76% eran centros públicos, el 19% concertados y el 5% privados.

Certificaciones y acreditaciones de los centros.

El 81% disponían de algún equipo certificado con alguna de las normas ISO, dos (10%) centros tenían acreditados parcialmente alguno de sus equipos con la *Joint Comission*, y 11 (52%) centros disponían de una acreditación específica autonómica. De los centros con certificación ISO, la mediana de certificados por centro era de 9 certificados; y de las acreditaciones autonómicas, el resultado de la media y desviación estándar de los estándares alcanzados era de $94,3\% \pm 3,6\%$. Un total de 6 (29%) centros tenían una acreditación EFQM; y 11 (52%) disponían de otras acreditaciones diversas de especialidad, con un promedio de 3 por centro.

Gestión del conocimiento.

El programa de Médicos Internos Residentes (MIR) se desarrollaba en el 90,5% de los 21 centros, con una media y desviación estándar de 167 ± 109 de residentes por centro.

El 90,5% tenían una biblioteca digital con acceso completos a revistas y libros electrónicos.

Todos los centros realizaban una sesión clínica general con participación de todas las especialidades periódicamente.

Sistemas de información.

En el 95% de los centros existía una historia clínica electrónica, con prescripción electrónica del medicamento.

Descripción de las UCAL y de sus responsables.

La media del tiempo de creación de las UCAL fue de $17 \pm 7,5$ años.

El 81% de los equipos dependían directamente de gerencia, y el resto de otra dirección (generalmente médica).

Diez (48%) de los equipos se denominaban propiamente “Unidades de Calidad”, cuatro (19%) como “servicio o departamento de calidad”, cuatro (19%) como “dirección o subdirección de calidad”, y tres (14%) como área o equipo de calidad.

Los responsables de las UCAL se llamaban: coordinador en 6 (29%) centros, director o subdirector en 6 (29%), responsable en 5 (23%) y jefe en 4 (19%). La media de edad de los responsables de las UCAL era de 54 ± 8 años, con 12 (57%) mujeres y 9 (43%) hombres. Respecto a la profesión de los responsables, destacar 14 (82%) médicos con diferentes especialidades médico-quirúrgicas (anestesia, médicos de familia en 4 equipos, medicina del trabajo en 2, medicina interna en 3, radiología, medicina preventiva, otorrinolaringología, y cirugía), un (6%) psicólogo, un (6%) farmacéutico, y 1 (6%) enfermera o técnico superior. El tiempo medio de ejercicio profesional de los responsables de las UCAL era de $29 \pm 7,5$ años, y de responsabilidad en equipos de calidad de $10 \pm 7,2$ años. El 100% de los responsables de las UCAL pertenecían a la SECA.

Del total de profesionales de las UCAL participantes, el 35% eran médicos, el 27% enfermeras, el 20% administrativos, y el 18% restante con otras profesiones diversas. La edad promedio de todos ellos era de $49,5 \pm 4$ años, con un 69% mujeres y un 31% hombres. El 54% de los profesionales se dedicaban a sus UCAL a jornada completa, y el 46% a jornada parcial compartiendo su tiempo con la asistencia directa a pacientes de su especialidad o categoría profesional.

En el 81% de las UCAL sus profesionales disponían de despachos individuales, un 67% de las UCAL tenía una sala propia de reuniones, y un 76% medios audiovisuales propios.

Cartera de servicios de las UCAL participantes.

En la **Tabla 32**, se detalla la cartera de servicios de los centros participantes en el estudio piloto, con un liderazgo mayoritario (>50%) sobre la seguridad de pacientes, las comisiones, la estrategia institucional, la gestión por procesos, y las certificaciones y acreditaciones.

Tabla 32. Cartera de servicios de los centros participantes en el estudio piloto.

Actividades	N (%) UCAL
Seguridad de pacientes	21 (100%)
Gestión de comisiones	21 (100%)
Estrategia institucional (planes de calidad, objetivos)	17 (81%)
Gestión por procesos	16 (76%)
Certificaciones ISO	16 (76%)
Acreditaciones autonómicas	15 (71%)
Responsabilidad Social Corporativa (RSC)	8 (38%)
Atención al usuario	7 (33%)
Docencia institucional	7 (33%)
Formación institucional	7 (33%)
Investigación	5 (24%)
Seguridad de datos	5 (24%)
Acreditaciones <i>Joint Commission</i>	3 (14%)
Innovación	2 (9,5%)
Biblioteca digital	2 (9,5%)

UCAL: Unidades de Calidad; ISO: *International Organization for Standardization*.

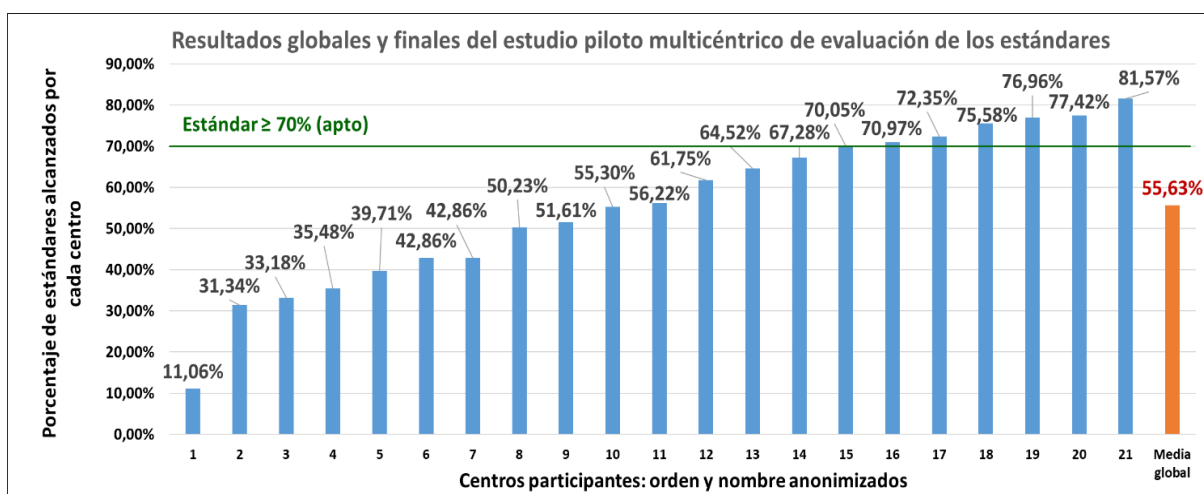
6.3.2. Resultados. Implementación de los estándares.

6.3.2.1. Resultados obtenidos en el estudio piloto multicéntrico.

Cumplimiento medio final del total de estándares por cada centro participante.

El cumplimiento medio por parte de los 21 centros fue del 55,6% (ver **Variable 16**) (ver **Figura 25**), y solo el 33% superó el 70% del límite provisional propuesto, considerado como adecuado o “apto”.

Figura 25. Cumplimiento de los centros en el estudio piloto multicéntrico.



Análisis de la media de los resultados obtenidos por los centros.

Al estudiar los resultados de cada centro (**Figura 25**) y obtener con la prueba de Shapiro-Wilk, para muestras inferiores a 50 unidades, un valor de $p = 0,31$ (superior $> 0,05$), se comprobó que los datos de cumplimiento de los estándares global de los centros se comportaban como una distribución normal. Ver **Tabla 33**.

Tabla 33. Prueba de Shapiro-Wilk para las medias de cumplimiento global de cada centro.

Shapiro-Wilk	Estadístico	gl	P
Centros participantes	0,94	21	0,31

gl: grados de libertad; P: significación estadística.

Por ello, se utilizó la prueba t de Student para evaluar si los centros alcanzaban un nivel óptimo de cumplimiento propuesto $\geq 0,70$ (70%). Se constató una diferencia significativa ($p = 0,002$) de resultados por debajo del nivel deseable de cumplimiento. Ver **Tabla 34**.

Tabla 34. Prueba de t de Student en el cumplimiento de los centros.

t de Student	Número	Media	Desviación típica	Error típico de la media		
Resultados de los centros	21	0,56	0,19	0,04		
Prueba para una muestra						
Valor de prueba = 0,70						
	t	gl	Significación (bilateral). P	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Resultados de los centros	-3,49	20	= 0,002	- 0,14	-0,23	-0,06

t: T de Student; gl: grados de libertad; p: significación estadística.

Cumplimiento medio de cada estándar sobre el conjunto de centros.

La media de cumplimiento de cada uno de los 96 estándares en el total de los 21 centros participantes en el estudio piloto multicéntrico se detalla en el **Anexo 15**. En estas medias, la prueba de Shapiro-Wilk mostró un valor de $p = 0,004$ ($< 0,05$), por lo que los resultados por estándar obtenidos por todos los centros no tenían una distribución normal. Ver **Tabla 35**.

Tabla 35. Prueba de Shapiro-Wilk para las medias de cumplimiento de cada estándar.

Prueba de Shapiro-Wilk	Estadístico	Gl	<i>p</i>
Centros participantes	0,96	96	= 0,004

gl: grados de libertad; *p*: significación estadística.

La media de los resultados de todos los estándares fue de $0,57 \pm 0,26$ (**Variable 17**). Se utilizó la prueba no paramétrica de Kolmogorov – Smirnov que mostró una significación de $p = 0,295$. No existían diferencias significativas entre las medias.

Análisis de la media de cumplimiento de los resultados obtenidos por categorías.

Se evaluó si las medias por grupos de categoría de los estándares diferían unas de otras. Para ello se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis con la que se obtuvo una Chi-cuadrado de 54,32 ($P < 0,0001$). Ver **Tabla 36**.

Tabla 36. Prueba Kruskal-Wallis para el cumplimiento de estándares por categorías.

Rangos	Categorías	N	Rango promedio
Cumplimiento de estándares por categorías	1	9	71,17
	2	11	64,05
	3	9	65,78
	4	6	44,75
	5	18	70,94
	6	4	11,38
	7	12	24,00
	8	6	15,08
	9	21	35,69
	Total	96	
Estadísticos de contraste (a, b)		Cumplimiento de estándares	
Chi-cuadrado		54,321	
Significación asintótica. <i>p</i>		< 0,0001	

a. Prueba de Kruskal-Wallis; b. Variable de agrupación: Categorías: *p*: significación estadística.

Códigos de los estándares: 1: Liderazgo; 2: Estrategia; 3: Personas; 4: Alianzas y Recursos; 5: Procesos, productos y servicios; 6: Resultados en los clientes; 7: Resultados en las personas; 8: Resultados en la sociedad; 9: Resultados clave.

Análisis de la media de los resultados de los centros por CCAA (Figura 23).

Se evaluó el nivel de cumplimiento por grupo de CCAA, de forma anónima. La prueba de Levene (homogeneidad de varianzas) mostró una significación de $p = 0,026$, por lo que se dedujo que los grupos de CCAA tenían varianzas diferentes. Ver **Tabla 37**.

Tabla 37. Prueba de Levene para evaluar la igualdad o no de varianzas.

Prueba de homogeneidad de varianzas			
Resultados obtenidos por los centros participantes			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	<i>p</i>
3,834	4	14	0,03

gl: grados de libertad; P: significación estadística.

Por ello, se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, resultando una significación de $p = 0,86$, lo que indicó que no había diferencias entre los resultados de los centros por CCAA. Ver **Tabla 38**.

Tabla 38. Prueba de Kruskal-Wallis. Comparativa entre Comunidades autónomas.

Prueba de Kruskal-Wallis					
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Resultados por centros	21	0,55	0,18	0,11	0,82
	CCAA		N	Rango promedio	
Resultados por centros	1	9	11,83		
	2	3	8,17		
	3	3	13,00		
	4	2	9,00		
	5	2	14,25		
	6	1	6,50		
	7	1	8,00		
		Total	21		
Estadísticos de contraste (a, b)					
	Resultados por centros				
Chi-cuadrado	2,62				
gl	6				
Significación asintótica	0,86				

a. Prueba de Kruskal-Wallis. b. Variable de agrupación: CCAA (Comunidades autónomas). Anonimizadas.

El 85% de los participantes aseguró que la herramienta del programa era de fácil manejo y comprensión, y en el 59% de los estándares se propusieron aspectos de mejora en su redactado. No se produjeron incidencias con el programa.

Análisis de la media de los resultados de los centros respecto a los ámbitos.

Se evaluó el nivel de cumplimiento de los centros dependiendo de que tuvieran 1 ámbito de asistencia (por ejemplo, solo hospitalario), o varios (por ejemplo, primaria y hospitalaria u otros), anonimadamente (ver **Tabla 31**). Con la prueba de Shapiro-Wilk, para muestras inferiores a 50 unidades, se obtuvo un valor de $p = 0,21$ y $0,16$ (superior $> 0,05$), por lo que las muestras se comportaban como una distribución normal. Ver **Tabla 39**.

Tabla 39. Prueba de Shapiro-Wil. Medias de cumplimiento. Ámbitos asistenciales.

Centros participantes	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	p
1 solo ámbito	0,91	12	0,21
Varios ámbitos	0,88	9	0,16

gl: grados de libertad; p : significación estadística.

Por ello, se aplicó la prueba de comparación de medias para muestras independientes, resultando una significación de $p = 0,97$, lo que indicó que no había diferencias entre los resultados de los centros, respecto a 1 o varios ámbitos. Ver **Tabla 40**.

Tabla 40. Prueba T para muestras independientes. Comparativa.

	Ámbitos		N	Media	Desviación típica	Error típico de la media				
Resultados	1 ámbito		12	0,56	0,9	0,05				
	Varios ámbitos		9	0,55	0,20	0,07				
	Prueba de Levene			Prueba T para la igualdad de medias						
Resultados	F	p	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
Resultados	Varianzas iguales	0,13	0,72	0,04	19	0,97	0,003	0,08	- 0,18	0,18
	Varianzas desiguales			0,03	16,57	0,97	0,003	0,09	-0,18	0,19

gl: grados de libertad; p : significación estadística.

6.3.2.2. Análisis de validez.

Los resultados de la aplicación de una prueba binomial para respuestas categóricas y dicotómicas, sobre las siguientes preguntas realizadas al panel de expertos 5 (listado 5º), probaron los tipos de validez.

Validez de contenido: estudio piloto multicéntrico y comparada.

La pregunta 1) “describir si el estándar se entendía (comprensión del mismo) (SÍ / NO)” fue afirmativa en el 98% de los casos ($p < 0,001$) (**Variable 18**), y “la recepción y demostración de cada estándar mediante un conjunto de evidencias documentales enviados por los equipos (SÍ / NO)”, fueron afirmativas en el 90 % de los casos ($p < 0,001$) (**Variable 19**). En la **Tabla 41** se detallan los resultados al aplicar la prueba binomial.

Tabla 41. Comprensión y justificación de los estándares en el estudio piloto multicéntrico.

Prueba binomial								
	N	Media	Desviación estándar	Categoría	n	% observado	% de prueba	p
1) ¿Se entiende el estándar? (validez de contenido)	96	0,61	0,49	SÍ	94	98	50	< 0,001
				NO	2	2		
2) ¿Se puede justificar el estándar con evidencias documentales? (validez de contenido)	96	0,84	0,36	SÍ	86	90	50	< 0,001
				NO	10	10		

Respecto a las dos variables analizadas sobre la comprensión de los estándares y la posible justificación de los mismos mediante pruebas documentales, previamente con el panel de expertos 4 y posteriormente durante el estudio piloto multicéntrico con el panel de expertos 5, se aplicó la prueba no paramétrica “Prueba de rangos con signo de Wilcoxon” para comparar ambos resultados, obteniendo un valor de -3,96 ($p < 0,001$), reafirmando la comprensión global de los estándares, como de la justificación de los estándares mediante la obtención y el envío de pruebas después de realizar el estudio piloto multicéntrico, un valor de -2,2 ($p < 0,025$) (ver **Tablas 42 y 43**).

Tabla 42. Comprensión de los estándares, antes y después del estudio piloto multicéntrico.

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon.					
	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Estudio teórico	96	0,78	0,42	0,00	1,00
Estudio multicéntrico	96	0,98	0,14	0,00	1,00

Rangos				
Se entiende el estándar (comprensión)		N	Rango promedio	Suma de rangos
Estudio multicéntrico – Estudio teórico	Rangos negativos	2 ^a	12,00	24,00
	Rangos positivos	21 ^b	12,00	252,00
	Empates	73 ^c		
	Total	96		
a. Estudio multicéntrico < Estudio teórico; b. Estudio multicéntrico > Estudio teórico; c. Estudio multicéntrico = Estudio teórico				
			Estudio multicéntrico – Estudio teórico	
Z	-3,96			
Significación asintótica (bilateral)	P < 0,001			

Tabla 43. Justificación de los estándares, antes y después, del estudio piloto multicéntrico.

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon.					
	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Estudio teórico	96	0,84	0,36	0,00	1,00
Estudio multicéntrico	96	0,89	0,31	0,00	1,00
Rangos					
Se justifica el estándar (evidencias documentales)		N	Rango promedio	Suma de rangos	
Estudio multicéntrico – Estudio teórico	Rangos negativos	0 ^a	0	0	
	Rangos positivos	5 ^b	3,0	15,0	
	Empates	91 ^c			
	Total	96			
a. Estudio multicéntrico < Estudio teórico; b. Estudio multicéntrico > Estudio teórico; c. Estudio multicéntrico = Estudio teórico					
			Estudio multicéntrico – Estudio teórico		
Z	-2,24				
Significación asintótica (bilateral)	p = 0,025				

6.3.3. Estándares resultantes del estudio piloto en los centros.

6.3.3.1. 3ª revisión del comité científico.

En el año 2018, el comité científico, constituido por 8 miembros, revisó el resultado de los estándares, de acuerdo a las propuestas de los centros participantes, y procedió a su redacción definitiva. De los 96 estándares:

- Se mantuvo el mismo contenido en 88 (92%).
 - Se simplificó el redactado en 32 (33%) de ellos. Por ejemplo:
 - Eliminar adjetivos, nombres o frases explicativas innecesarias que ya se sobrentendían.

-
- Cambio del nombre “clientes” por “usuarios, pacientes o ciudadanos”.
 - Cambio del nombre “centro” por “Organización”.
 - Se mejoró el redactado en 31 (65%). Por ejemplo:
 - Homogeneizarlo. Empezar el texto del estándar, según correspondiera, con “La Unidad de Calidad (...)”, o “El Plan, Política o Estrategia de Calidad de la Organización (...)”, o “Se mide (...)”.
 - Generalizar un contenido: ampliar el concepto de “higiene de manos” por el de “infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria”, para incluir no solamente la “higiene de manos” sino todas aquellas estrategias asociadas a la infección como adecuación y/o infección en los pacientes con sondaje vesical o infecciones de catéteres, entre otras.
 - Asegurar una gramática castellana adecuada.
 - No se realizó ningún tipo de cambio en 25 (30%).
 - Se eliminaron 8 (8%), al fusionar grupos de pares de estándares en uno y sumar sus contenidos.

6.3.3.2. Propuesta definitiva de estándares.

En el **Anexo 15**, se detalla el listado definitivo con 88 estándares (**Variable 20**) que el comité científico propuso después de la 3ª revisión con las aportaciones del panel de expertos 5 del estudio piloto multicéntrico.

7. Discusión.



7.1. Discusión por objetivos.

7.1.1. Objetivo 1. Elaborar, consensuar, categorizar y validar estándares.

Uno de los conceptos metodológicos clave en la elaboración de los estándares ha sido considerarlos, tal y como se ha definido en el marco teórico, como sinónimos de “criterios de buena práctica”^{167 168} basados en la evidencia científica, para promover en las Unidades de Calidad su cumplimiento, y mejorar la gestión de la calidad de sus propios equipos. Precisamente, este es el significado que aplican la mayoría de sociedades científicas e instituciones en sus procesos de acreditación, utilizando la palabra “estándar” como sinónimo de “recomendación”^{169 170}. Además, desde el punto de vista sintáctico, la redacción de los estándares, partir de la metodología SMART¹⁷¹, ha permitido homogeneizar los contenidos de los mismos y mantener una estructura formal, uniforme y unificada del conjunto¹⁷², en relación a la descripción del responsable, de la población diana o los agentes a quién aplica, y de la función que debe desarrollar.

Los indicadores de gestión para las UCAL¹⁷³, previamente descritos en 2010, y la experiencia de los miembros del comité respecto a las acciones de mejora que se utilizaban en sus centros, orientaron el primer listado de estándares, a modo de guía, para las siguientes fases. Las categorías, en las que se clasificaron los estándares, contenían, sintéticamente, los conceptos de calidad y de gestión de los modelos más prevalentes en la actualidad^{174 175}, de acuerdo a la base de los tres conceptos de Donabedian^{176 177} de estructura, proceso y resultado. Así, para la categorización del concepto de “estructura” se caracterizaron distintos enfoques, fundamentalmente de planificación y facilitación, en el 42,5% de estándares: enfoques directivo, estratégico, profesional, y de recursos y alianzas. Estos incluyeron, mayoritariamente, aspectos sobre liderazgo del equipo, organización sanitaria, planes estratégicos y de calidad, y recursos humanos. Se destaca la necesidad de describir “las funciones, competencias y responsabilidades del responsable de la UCAL”, o que exista “un responsable / jefe de calidad identificado y que forme parte de la dirección”. Se plantearon pocos estándares sobre recursos materiales y alianzas, destacando entre ellos, alguno referente a que la organización “debería planificar las inversiones anuales para el trabajo de las Unidades de Calidad”.

En el concepto de “proceso” se ubicaron el 34% de los estándares relacionados con la gestión por procesos¹⁷⁸, en todas aquellas actividades que se realizaban para poner en marcha las actividades previamente planificadas. Entre ellas, haciendo hincapié en las principales líneas estratégicas sobre la seguridad de los pacientes; por ejemplo, que la unidad “establece objetivos de mejora de sus procesos”, o la necesidad de evaluar y resolver los “eventos adversos que se produzcan”; o que existen planes para “el uso seguro del medicamento”, para “el control de la infección”, o para la “cirugía segura”. En el concepto de “resultado” con el 23,5% del total de estándares, se detallaron la propuesta de indicadores a obtener a partir de la planificación y de las actividades realizadas en cada proceso. Los resultados se distribuyeron entre los siguientes grupos de estándares^{179 180 181 182 183}: percepción y experiencia de los pacientes o clientes

externos, sobre todo procedentes de las encuestas institucionales; participación y cumplimiento del Plan de Calidad por parte de los profesionales; temas de impacto social como la participación en asociaciones de pacientes, o premios y reconocimientos recibidos; las actividades sobre docencia, formación, investigación e innovación en calidad; la difusión realizada sobre las actividades de la unidad; y los principales resultados de las UCAL, referentes al cumplimiento de objetivos y de acciones de mejora previstas. Destacar, sobre todo, dos tipos de temáticas contrapuestas, por un lado, el alto número de estándares relacionados con los pacientes, y por otro, la falta de estándares relacionados con los profesionales de las UCAL.

Finalmente, dada la similitud de las nomenclaturas de los modelos y de los principios de calidad para calificar la agrupación de los estándares, la evolución de la categorización a lo largo del estudio se orientó hacia la nomenclatura de la versión 2013 del modelo EFQM¹⁸⁴. Lo importante de la distribución por categorías, no es por el modelo utilizado en sí mismo, sino por la clasificación en apartados para distinguir las temáticas comunes de los estándares. En una hipotética aplicación práctica futura, el nombre de la categoría importa poco, no así el contenido homogéneo, explicativo y consensuado de cada una de ellas.

Otro aspecto para asegurar la diversidad de propuestas, a diferencia de otros estudios¹⁸⁵¹⁸⁶ ¹⁸⁷, fue el número considerable de coordinadores participantes procedentes de diferentes UCAL de centros sanitarios, ámbitos y áreas españolas, distribuidos entre los paneles de expertos. La participación territorial fue elevada, con profesionales pertenecientes a la mayoría de las CCAA. El perfil del profesional tipo, perteneciente a las UCAL, es una mujer, médico o enfermera hospitalaria, con una trayectoria y experiencia asistencial amplias, y una media de edad alrededor de los 48 años. En un análisis publicado en 2012 describía que la edad de los médicos españoles oscilaba alrededor de los 43,1 años en atención primaria y de 45,2 en la atención especializada¹⁸⁸¹⁸⁹. Los profesionales de las UCAL han trabajado, primero, en otros equipos asistenciales como unidades médico-quirúrgicas hospitalarias, sociosanitarias o de atención primaria, al no existir una especialidad sanitaria sobre “calidad asistencial”, pues la formación de estos profesionales actualmente se ha realizado, en los últimos decenios, a través de posgrados o másteres específicos¹⁹⁰. En definitiva, a los profesionales de las UCAL se les supone madurez, competencia y experiencia.

Se observó una alta frecuencia de líderes de las UCAL pertenecientes al ámbito hospitalario debido, posiblemente, a una intensidad asistencial más elevada en relación con la seguridad del paciente, la complejidad, el tamaño de las estructuras, y el número de pacientes atendidos. Asimismo, sorprende que la mitad de sus responsables no tuvieran una dedicación completa de su jornada a las UCAL, compartiéndola con otras actividades asistenciales. Esta última característica se diferencia de otros sectores de servicios relacionados con la calidad, como sucede, por ejemplo, en las empresas alimentarias. En una rápida consulta en internet, durante el primer trimestre de 2022, se solicitaban en LinkedIn más de 250 empleos de técnicos en calidad alimentaria, respecto a 1 empleo de responsable en calidad asistencial¹⁹¹ ¹⁹²; y en Europa, a través de la web “Totaljobs”¹⁹³ con el término de búsqueda “Quality & Safety Health” se solicitaban 9.695 empleos, de los cuales ninguna provenía de España. ¿Por qué en el

sector salud, tan importante para los ciudadanos, no hay demanda de expertos en calidad asistencial, y la dedicación de sus profesionales no es mayoritariamente a tiempo completo?

El acuerdo y el consenso sobre los listados de estándares presentados, evolucionó progresivamente con la reducción de los mismos, en las diversas metodologías empleadas. Los resultados del método Metaplan^{194 195} y su revisión por parte del comité científico, equilibró la distribución del número de estándares entre las categorías, incrementando los orientados a la estrategia, disminuyendo los de proceso, y aumentando en las categorías de "resultado". Se desecharon algunos estándares, al considerarse que no estaban relacionados específicamente con las funciones de la UCAL como, por ejemplo, aspectos más propios de otros equipos como compras, prevención de riesgos laborales o atención al usuario. Ello es debido a la alta polivalencia de los equipos de las UCAL en la realización de actividades, que se refleja en algunos de los estándares propuestos por el panel de expertos, y que abarcan disparejos y amplias funciones, a modo de espejo de las múltiples tareas que tienen asignadas los responsables de algunos de los centros. En este punto, desde el comité científico, se quiso enfatizar la importancia de aspectos más estructurales que definieran y cohesionaran a los equipos, y se añadieron temáticas relacionadas con los espacios físicos de trabajo, o los referentes a la disponibilidad de un presupuesto anual, entre otros.

La técnica Delphi^{196 197 198 199 200 201 202}, ampliamente aplicada en otros estudios de estandarización, posibilitó el consenso, con la participación de expertos en calidad asistencial, de los estándares mediante la utilización de cuestionarios. El objetivo del cuestionario de estándares fue, en la aplicación de un análisis cuantitativo, "disminuir el espacio intercuartil, en definitiva, conocer en cuanto se desviaba la opinión del experto de la opinión del conjunto, precisando de la media y del grado de dispersión" de las respuestas obtenidas; de esta forma, estas podían ser tratadas estadísticamente, y comprobar la robustez de cada estándar²⁰³. Se usó el Delphi al coexistir opiniones contrapuestas que necesitaban ser integradas²⁰⁴, combinándose el análisis de la evidencia científica recogida en la bibliografía, con el consenso de expertos para obtener un alto grado de certeza sobre algunas características de los procesos asistenciales, evitando la aparición de sesgos con la información disponible en el panel²⁰⁵. Esta aproximación condujo a la elaboración y consenso de los estándares²⁰⁶, por lo que se refería al contenido y al constructo²⁰⁷; si bien la calidad de los resultados dependió, sobre todo, de la rigurosidad en la elaboración del cuestionario y de la selección de los expertos consultados. En este sentido, la elección de los participantes se basó en su conocimiento sobre calidad al ser coordinadores de sus unidades, considerándose que con un número entre 30 y 50 se obtendría una correcta confiabilidad en la validez de contenido del instrumento, siempre que en los estándares resultantes se asegurasen niveles mayoritarios de acuerdo igual o superiores al 70%^{208 209 210}. El Delphi, enviado a través de un programa de encuestas electrónicas "en línea" por internet (o, *e-Delphi*²¹¹), potenció la diversidad de los participantes, disminuyó el tiempo del proyecto, facilitó el número de rondas, evitó el desplazamiento y la votación presencial, fue coste-eficiente,

facilitó una rápida comunicación entre el comité científico y los expertos, y aumentó su participación simultánea desde diferentes áreas geográficas^{212 213}. El posible descenso de las tasas de respuesta en las dos rondas, descrito por algunos autores y que se ha producido levemente en este estudio con un 11,3%, podría convertirse en un problema con esta metodología, pues los participantes podrían perder interés en el mismo, al tener que evaluar en las diversas rondas una propuesta parecida de estándares²¹⁴.

Hasta la actualidad, después de la búsqueda bibliográfica realizada, este autor no ha encontrado otros trabajos con estándares para UCAL, empleando la técnica Delphi. Con la síntesis final de las 2 rondas del Delphi, se consensuaron el 79% de los estándares. Comparando los resultados de esta tesis respecto a una revisión sistemática de 2011, sobre el uso del método Delphi para seleccionar indicadores, se aprecian diferencias destacables respecto al artículo publicado²¹⁵. Así, en aquel, solo en el 39 % de los estudios se informaban sobre las tasas de respuesta en cada ronda; se retroalimentaban al 60% de los participantes con los resultados provisionales entre las rondas; se informaba del método de consenso en el 77%; en el 57% de los estudios se describían los indicadores finales seleccionados; la media de panelistas era de 17 miembros; y los estudios de validez se aplicaban en el 37% de ellos. A diferencia de aquella revisión publicada, las variables obtenidas mediante el método Delphi en esta tesis sobre los estándares para las UCAL, han sido prácticamente afirmativas en el 100% en cada uno de los puntos anteriores; destacando, en el proyecto que aquí se presenta, la transparencia informativa aplicada respecto a las respuestas recibidas, el consenso acontecido, el elevado número de expertos, y los estudios de validez empleados.

La revisión general posterior al Delphi concluyó en el cuarto listado de estándares; en el mismo, se matizaron o fusionaron algunos de ellos, eliminando, de nuevo, los que no tenían aparentemente relación con las UCAL. Entre estos, destacaban algunos cuya responsabilidad recaía más en otros equipos, como: incentivar a los profesionales para que evaluaran competencias, más propio de los departamentos de recursos humanos; o evaluar procedimientos relacionados con la protección y confidencialidad de los datos, cuya responsabilidad correspondía más a los equipos de informática o a figuras como la del delegado de protección de datos. Y, en algún caso, se elaboraron estándares demasiado genéricos, o poco evaluables con pruebas documentales, con frases como: “facilitar la coordinación”, o “estimular la creatividad e innovación”. Del total de estándares que se aprobaron y que servirían de base al estudio piloto multicéntrico, la mayoría surgió directamente de los resultados estadísticos del Delphi, y el resto de la agrupación y revisión del panel de expertos. Así, se incorporaron temas como la selección y evaluación del responsable de las UCAL, la existencia de un presupuesto y de inversiones, y la recepción de reclamaciones y demandas de solicitudes de soporte técnico a la UCAL.

Uno de los puntos importantes para una posterior acreditación, se relacionó con la metodología y la estrategia, a partir de los conceptos incluidos también en el Delphi. Se plantearon algunas preguntas a los expertos: ¿qué periodicidad debería tener la acreditación?, ¿quién la lideraría? No hubo acuerdo en las propuestas para orientarla. La dificultad para llegar a un consenso fue considerable, pues las opiniones fueron diversas. En ambas rondas, de los 24 conceptos sobre un posible proceso de acreditación, se aprobaron definitivamente el 33,3% de ellos; para el resto de conceptos

controvertidos y no consensuados, se decidió postergar la decisión de implementarlos hasta el inicio del proceso acreditativo futuro. Asimismo, la inclusión de estos conceptos en un Delphi fue novedosa, pues no solamente era importante conocer la opinión del panel de expertos sobre las UCAL, sino también sobre su futura logística en los centros sanitarios²¹⁶.

Se ha definido el concepto de “consenso”, obtenido en el Delphi, a partir de diferentes análisis cuantitativos, validados y descritos en la bibliografía^{217 218 219 220}. En este sentido, Diamond et al.²²¹, ya objetivó y exploró el consenso en los Delphi mediante una revisión sistemática aleatoria de 100 estudios Delphi en inglés, enumerando diversas definiciones de consenso con un umbral específico situado en un porcentaje del 75 % (rango: 50–97 %), además de otras medidas de acuerdo como la media, la mediana, el rango intercuartílico, el índice de Kappa, el alfa de Crohnbach, el coeficiente de correlación intraclase y la W de Kendal. El mismo autor proponía que los investigadores que realizaran estudios Delphi, describieran los indicadores de calidad aplicados al mismo. Emulando su propuesta y aplicando los criterios metodológicos implementados en esta tesis, se confirman los siguientes indicadores sugeridos: el método Delphi abordó el consenso, su objetivo era presentar los resultados que definían el consenso del grupo cuantificando el nivel de acuerdo, los participantes seleccionados eran voluntarios, se definió el consenso a partir de un análisis de tendencia central y dispersión, se determinaron los umbrales para el logro del consenso, se decidió trasladar al comité científico y a la SECA aquellos resultados sin consenso, y la bibliografía sustentó una gran parte de los estándares.

Para el desarrollo de los estándares se consideró imprescindible asegurar la validez de los mismos y la fiabilidad de su conjunto. Ambas se evaluaron, en este primer objetivo, en los estándares resultantes del estudio Delphi, identificando la validez de contenido, constructo, criterio, y apariencia²²². Así, para demostrar la validez de contenido, cuando se leyera un estándar determinado, su contenido debería identificar aquellas actividades que realizaran realmente las UCAL, como los procedimientos sobre la seguridad de los pacientes, entre otros; o que, para la validez de constructo, el conjunto y cada uno de los estándares, se relacionasen entre sí, constituyendo una estructura homogénea y coherente con la calidad; o, para la validez de criterio concurrente, los resultados obtenidos utilizando la plataforma evaluativa de los estándares, coincidieran con los resultados obtenidos por un grupo de expertos o por otras herramientas ya publicadas, al evaluarlas simultáneamente; o, finalmente, para la validez de apariencia, se debería asegurar que el texto de los estándares estaba claramente relacionado y orientado a alguna de las dimensiones de la calidad, como la seguridad, satisfacción o eficiencia²²³.

En el listado de síntesis de los estándares obtenidos con el consenso Delphi, la validez de contenido se demostró escogiendo los estándares resultantes de cinco análisis diferentes²²⁴: mediante los resultados positivos de la estadística descriptiva, el rango intercuartílico, el “Índice de validez de contenido”, la “V de Aiken”, y la existencia del conjunto de evidencias bibliográficas significativas. La demostración de la validez de contenido en el estudio Delphi permitió asegurar que los estándares eran representativos y relevantes; es decir, que su contenido representaba mayoritariamente

las facetas de la calidad asistencial, y que cada uno de ellos medía un aspecto característico de esa calidad²²⁵.

La validez de constructo, como concepto de fiabilidad, probó la consistencia e interrelación internas entre el conjunto de los estándares de la UCAL, y se hallaron unos coeficientes adecuados del alfa de Cronbach y de la correlación intraclase, demostrando la existencia de un factor común en todos los estándares. Al existir distintas categorías en el instrumento, se evaluaron ambos coeficientes para no incurrir en el riesgo de subestimar la fiabilidad²²⁶. Esta consistencia interna se asoció a la fiabilidad del instrumento, como representación del universo global de estándares para medir el “constructo” de la calidad asistencial. También se puede interpretar como la medida con la cual el constructo, o concepto de calidad asistencial, está presente en cada estándar²²⁷. A pesar de que un valor adecuado de alfa de Cronbach indica que los estándares están relacionados entre sí, este se calculó para cada categoría o subescala²²⁸, intentando minimizar una posible sobrevaloración del total de categorías. En el subconjunto de los 24 conceptos sobre cómo debería ser la logística y la implementación de la acreditación en los centros, los resultados fueron inferiores al límite establecido con un alfa de Cronbach $< 0,50$, asociados lógicamente a la discrepancia de opiniones ya descritas entre los expertos, con un número considerable de propuestas no consensuadas. El panel de expertos aceptó que la acreditación debería ir acompañada de una autoevaluación previa de las instituciones, de la formación de los auditores, de un procedimiento económicamente no gravoso para los centros, y de una informatización indispensable de las herramientas. Sin embargo, persistieron las dudas sobre aspectos como quién debería realizar la auditoria (SECA o una institución certificadora externa), si debían existir niveles de certificación o el propio porcentaje del resultado ya marcaba los límites, o la vigencia de los certificados de 3 o 5 años.

Por otro lado, sería interesante observar si existe algún tipo de correlación entre los estándares respecto a un mismo constructo, en el sentido de cómo diferentes estándares, en apariencia, podrían medir un rasgo común. Por ello, para detectar esas semejanzas conceptuales entre estándares se podría haber aplicado un “Análisis Factorial Exploratorio” o un “Análisis Factorial Confirmatorio”²²⁹, como un método más para evaluar la validez de constructo. Esta técnica podría haber ayudado a homogeneizar, correlacionar y reducir el número global de estándares, estableciendo categorías puras claramente independientes unas de otras, y detectar si los estándares se asociaban entre sí de alguna manera característica^{230 231}. El análisis factorial reforzaría la validez de constructo^{232 233}, la cual ya ha sido confirmada con un coeficiente alfa de Cronbach óptimo. El análisis factorial no se ha realizado en este estudio, debido a que se ha considerado inicialmente en este trabajo, como una primera fase, solo la elaboración y validación de los estándares. Se debería aplicar en una siguiente fase del proyecto, inmediatamente después de la puesta en marcha de la acreditación y de las observaciones recibidas por los primeros equipos auditados. Después de la implementación de las primeras acreditaciones, la realización de un nuevo Delphi con un análisis factorial de los resultados, podría mejorar más la validez de constructo del sistema²³⁴.

El listado de estándares obtenido en la síntesis del consenso Delphi y revisado por el panel de expertos, más sintético y ajustado, sirvió de base para reafirmar la validez de

contenido, y analizar la validez de apariencia y de criterio. En el taller monográfico de simulación se estudiaron los tres tipos anteriores de validez y, entre ellas, sobre todo, la de criterio concurrente. La simulación posibilitó la experimentación con un modelo que imitaba unas condiciones similares a las reales, a partir de un entorno artificial, óptimo, seguro y con un conjunto de variables controladas^{235 236}. Esta metodología se está utilizando frecuentemente en herramientas de evaluación y competencias, debido al aumento de la complejidad asistencial, de la limitación del tiempo para adquirir competencias, y para asegurar la seguridad de los pacientes²³⁷. En el taller se aseguró, paralelamente de nuevo, la validez de contenido, al explicitar los participantes del panel, que los estándares se entendían respecto al criterio de calidad asistencial solicitado ($P < 0,001$), y se podrían justificar mediante pruebas documentales ($P < 0,001$).

La validez de apariencia se confirmó en el 75% de los estándares al relacionar los resultados obtenidos, con el hecho de que los estándares reflejaban alguna de las dimensiones de la calidad ($P < 0,001$). Efectivamente, la validez aparente muestra qué tan importante es el contenido de un estándar como la “superficie” o redactado que lo sustenta siendo, sin embargo, su evaluación más subjetiva e informal. A primera vista, cuando se analizan los estándares para las UCAL, es lógico y aparente que tratan sobre la calidad asistencial, cuando se describen aspectos como: el análisis y evaluación de los resultados de las encuestas de satisfacción; las actividades formativas realizadas por los profesionales sobre calidad y sus dimensiones; los resultados alcanzados por las comisiones de calidad; los indicadores de los incidentes y/o eventos adversos; las acciones de mejora y efectividad sobre las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, el uso del medicamento, la seguridad transfusional, la cirugía segura, o sobre gestión de cuidados, entre otros. Sin embargo, aun refiriéndose algunos estándares directamente a las UCAL y a sus funciones o resultados, hubo estándares aprobados que, estrictamente y evaluados aisladamente, no expresan propiamente una clara validez de apariencia. Entre ellos, por ejemplo, que “la organización planifica las inversiones anuales” o “se elabora una memoria anual de actividades que se presenta a la Dirección ejecutiva”, ambos genéricos, que podrían aplicarse a cualquier otro equipo. Aparecen algunas pistas que orientarían a identificar cuáles podrían relacionarse directamente con las UCAL, a partir de frases introductorias como “El Plan, Política o Estrategia de Calidad (...)”, o cuando se habla de “dimensiones de la Calidad (...)”. Estas aluden a funciones que realizan más propiamente las UCAL. Debido a estos motivos justificables, no fue posible alcanzar un nivel de validez de apariencia más alto que el observado.

En la revisión bibliográfica realizada, no se encontró un test previo publicado para evaluar la validez de criterio de los estándares elaborados. Por tanto, no se disponía, a partir de la búsqueda realizada, de una medida o “patrón oro” que pudiera explicitar o diagnosticar problemas de calidad en las UCAL²³⁸. Teóricamente, la comparación de los estándares del estudio con un “patrón oro” debería demostrar la validez de criterio y sería el sistema definitivo de validez, pues confirmaría que ese bloque de estándares creado identificaría lo que pretendía. Su aplicación práctica consistiría en que una hipotética herramienta “patrón oro”, identificaría el nivel de calidad asistencial de una UCAL, en las mismas condiciones y valores que el conjunto de estándares desarrollados en este trabajo. Ante estas dificultades, la validez de criterio se confirmó comparando los resultados obtenidos por el panel de expertos en el taller de simulación, respecto al

resultado de los estándares del centro sanitario virtual, creado artificialmente y establecido por el comité científico para esos estándares y ese centro. Por ello, debido a la falta de una herramienta publicada referente para evaluar el trabajo de las UCAL, el análisis en profundidad sobre la calidad de un centro virtual realizada por el comité científico, se consideró como un “patrón oro” o, mejor, “patrón semi-oro”^{239 240}. El tipo de validez de criterio aplicada fue la concurrente, en lugar de la predictiva, pues los resultados se recopilaron y compararon simultáneamente²⁴¹.

La metodología de la simulación se está incrementando en la práctica clínica^{242 243 244}, si bien su uso para validar estándares, ante la ausencia de un test anteriormente validado, no ha sido detectado por este autor en la bibliografía revisada. Lógicamente, se reconoce una cierta incertidumbre en ese patrón, si bien la adecuada fiabilidad con la validez de constructo y el soporte bibliográfico disminuyó en cierta medida el posible sesgo. Se puede identificar una implicación obvia en este concepto, y es que este patrón de referencia contenga errores, y que los resultados de sensibilidad y especificidad se subestimen o sobreestimen, apareciendo un sesgo entre el estándar elaborado a evaluar y el de referencia²⁴⁵. Aún así, el análisis estadístico confirmó la validez de criterio ($P < 0,001$) en tres análisis estadísticos^{246 247 248 249}: una sensibilidad y especificidad adecuadas, una Chi-cuadrado de Pearson significativa y un índice Kappa alto, que dieron más confiabilidad y robustez a los resultados al eliminar la posibilidad casual de medidas repetidas. La interpretación de la sensibilidad del 84,5% y de la especificidad en un 98,3%, demuestran la capacidad de los estándares para detectar y constatar cuando estos se cumplen o no, realmente, en las funciones y actividades diarias de las UCAL²⁵⁰.

Uno de los apartados destacados en la investigación relacionada con los 96 estándares que se incorporaron al estudio piloto multicéntrico, fue averiguar el soporte bibliográfico de los mismos con la evidencia científica existente publicada. La evidencia, evaluada mediante las herramientas GRADE y GRADE-CERQual, se corroboró a partir de revisiones sistemáticas y metanálisis que aportaron un mayor fundamento y soporte a cada estándar. La evaluación crítica de la calidad de un estudio cualitativo ha sido cuestionada por algunos autores²⁵¹, si bien la metodología del CERQual se basa en criterios sólidos para obtener unas conclusiones fundamentadas en una investigación cualitativa^{252 253}. Por otra parte, el GRADE, en las investigaciones cuantitativas, ofrece un enfoque explícito, sistemático y transparente para analizar la evidencia, y proponer recomendaciones y criterios, convirtiéndose en la base metodológica de las guías asistenciales y de las revisiones²⁵⁴. De las más de 400 publicaciones revisadas en este trabajo, la evidencia se pudo documentar en un pequeño porcentaje de las mismas y, respecto al total de estándares, se aportaron un 61% de artículos con un grado moderado o alto de evidencia. Al tratarse de un estudio mixto, cualitativo – cuantitativo, los estudios bibliográficos que dan soporte a los estándares han sido evaluados a partir de la GRADE-CERQual en un 64% de los artículos citados, y el resto mediante el GRADE. Para los estándares sin un refrendo bibliográfico existe, probablemente, una explicación lógica: es difícil que existan estudios suficientemente amplios y adecuados con evidencia científica para describir, por ejemplo, conceptos como la “existencia de un procedimiento de selección específico del responsable de la UCAL”, o que “el Plan de Calidad se deba incorporar al Plan estratégico del centro”, o que “la UCAL disponga de

un presupuesto específico”, o que “la UCAL disponga de un espacio físico identificable y suficiente”, o que “el Plan de Calidad se difunda y comunique adecuadamente”, entre otros. La dificultad en reportar estudios publicados sobre las UCAL y los estándares de las mismas, junto a la obviedad de algunos conceptos como los anteriormente descritos, dificultan la aportación de una mayor información bibliográfica.

Es interesante remarcar dos datos importantes: primero, que el número de artículos que dan soporte a los estándares son suficientemente significativos ($P=0,032$) para afirmar que la evidencia científica en el conjunto de estándares es alta; y, por otra parte, respecto al 39% restante de los estándares sin evidencia publicada, que estos dispondrían ya, actualmente a partir de este trabajo, de una pequeña evidencia al proponerlos y publicarlos por primera vez. Además, se destaca que la existencia de la teoría publicada y los estudios realizados sobre calidad asistencial y, más concretamente, sobre la seguridad del paciente, con la evidencia científica incorporada en revisiones sistemáticas ofrece, además, un plus de validez de apariencia y contenido²⁵⁵.

7.1.2. Objetivo 2. Elaborar un programa informático con los estándares.

La versión de prueba del programa informático utilizando el Excel de Microsoft^{256 257} fue muy útil para el estudio piloto. Con el programa Excel, a diferencia de otras bases de datos, se analizaron mejor los datos numéricos complejos con resúmenes de resultados más simples y comprensibles, se pudieron elaborar informes rápidos más avanzados con tablas dinámicas, y se facilitó el estudio de hojas de trabajo no relacionales (archivos planos). En este sentido, el estudio requería de un programa que favoreciera más el análisis de datos, que su organización o disponibilidad simultánea. Además, no se requería de un volumen de almacenamiento de datos significativo, y no fue necesario el acceso simultáneo de varios usuarios a una misma base de datos “en línea”, pues se precisaba analizar cada Excel de respuesta, individualmente, por el investigador principal.

El Excel agrupó el cuarto listado de los estándares en los apartados de “agentes facilitadores” y “resultados” y, en ambos, las 9 categorías correspondientes²⁵⁸. Todo el sistema de evaluación y puntuación del programa creado se basa en un sistema de mejora continua^{259 260}. Esta matriz o ciclo de PDCA, se integra en la herramienta de evaluación informatizada, con un sistema de medición estable, un enfoque estructurado y un análisis dinámico para evaluar los resultados de las UCAL. El sistema de puntuación se organiza a partir de un sistema mixto entre distintos modelos²⁶¹. Para alcanzar una puntuación determinada, cada estándar debe responder a 4 variables o preguntas, cuyo resultado de la respuesta por parte del evaluado puede alcanzar únicamente un 0 o 1 punto. Por tanto, para cada estándar de cualquier categoría, la puntuación puede oscilar entre 0 y 4 puntos dependiendo de la evidencia detectada en las 4 variables anteriores. Se considera el estándar como alcanzado o apto, cuando las evidencias permiten lograr un mínimo de 3 puntos por estándar, o en definitiva cuando las 4 variables del estándar alcanzan un 75% o más del total.

Las variables para los “agentes facilitadores” de las categorías 1 a la 5 se resumen en la existencia de documentos o actividades que avalen cada estándar, si se implementa en las áreas más relevantes de la organización, si se revisan periódicamente, y si existen indicadores medidos realizándose acciones de mejora²⁶². Un ejemplo de estándar “facilitador” sobre la higiene de manos se justificaría mediante un procedimiento que se aplique y revise periódicamente, evaluando su cumplimiento con la medición de indicadores en la mayoría de servicios, unidades o áreas asistenciales del centro. La decisión dicotómica de asignar a cada variable un 0 o un 1 en los estándares “facilitadores”, reside en la apuesta por la simplificación²⁶³. Ello facilita la decisión: cumple o no cumple. Estas variables de los agentes facilitadores se evalúan y relacionan directamente con los parámetros del PDCA o REDER de “enfoque o planificación, implementación, evaluación y revisión”²⁶⁴.

En el apartado de “resultados” entre las categorías 6 y 9, se determinan las siguientes variables por estándar, determinando el número de medidas mínimas por indicador evaluado en áreas relevantes, el alcance de un número mínimo de objetivos planteados, las tendencias positivas en los indicadores, y una comparativa favorable de los resultados respecto a la bibliografía publicada o a los resultados del propio centro o externos de otras instituciones. Siguiendo con el ejemplo anterior sobre la higiene de manos aplicado a los “resultados”, para este estándar, se debería disponer como mínimo de diversos indicadores anuales midiendo la tasa de adherencia de los equipos en la higiene de manos, concretar algunos objetivos con las acciones de mejora correspondientes, asegurar una tendencia positiva de los indicadores, y estar al nivel de cumplimiento que marcara la bibliografía y los estándares internos. Todo ello para demostrar la relevancia y la utilidad de los resultados, y el rendimiento de la organización²⁶⁵. En estas categorías de “resultados”, las dos primeras variables de indicadores y objetivos también son dicotómicas, con la excepción de las variables “tendencias” y “comparativas” que se dividen en cuartiles para llegar al sumatorio de 1²⁶⁶.

Otra característica importante del sistema de puntuación, radica en la ponderación 1,5 superior en las categorías 6 (clientes) y 9 (resultados clave) de estándares²⁶⁷. Esta valoración superior en ambas categorías pondera al alza las dos categorías principales que aluden, por una parte, al protagonista central de la asistencia, el paciente, y por otra, a los resultados clave del equipo que implementa sus servicios²⁶⁸.

Con la suma de todas las puntuaciones por estándar, transformada en porcentaje, se obtiene un resultado final conjunto y único, a modo de síntesis, que muestra el nivel de cumplimiento de todos los estándares para cada UCAL. En esta línea, la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departamento de Salud y la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) han publicado recientemente en 2020 un proyecto muy interesante denominado “Marca Q”²⁶⁹. Se ha construido un indicador sintético de varios indicadores para evaluar la calidad de la atención hospitalaria aguda del sistema sanitario catalán. Este indicador combinado, se ha desarrollado a partir de la participación de grupos focales de profesionales y de pacientes, y se han incorporado aquellos indicadores más implementados en los centros

sanitarios. Con ello, se pretende conseguir obtener la posición de cada centro respecto a la calidad asistencial. El modelo de acreditación de las UCAL podría orientarse, también, hacia esa línea de reconocimiento.

7.1.3. Objetivo 3. Estudio piloto multicéntrico.

Los líderes de calidad de los centros participantes en el estudio constituyeron el panel de expertos 5, limitándose el área geográfica en esta fase a siete comunidades autónomas, abarcando los cuatro ámbitos de atención: primaria, hospitalaria, sociosanitaria, y salud mental. El nivel asistencial y de gestión de la calidad de las instituciones del pilotaje, respecto a la estructura y a los procesos, fue considerable. Predominó la atención hospitalaria y los centros públicos generales de referencia, con una moderada y alta complejidad, con la disponibilidad de un sistema informatizado adecuado, tanto en la información, documentación y gestión clínicas, como en la prescripción del medicamento. Destacar, sobre todo, la participación de un equipo de atención primaria y otro, de salud mental, que desarrollaron el piloto con plena normalidad y evaluación. Mayoritariamente, los centros disponían de certificaciones ISO, acreditaciones de *Joint Commission*, EFQM, acreditaciones específicas autonómicas, y otras diversas. El nivel de gestión del conocimiento fue importante por la docencia con “Profesionales Internos Residentes” (MIR y otros) en > 90%, y por la existencia de una biblioteca digital para la formación continuada de sus profesionales en > 90%. Los equipos de calidad reflejaban un histórico de funcionamiento superior a los 15 años, con una dependencia directa mayoritaria de la gerencia de cada centro. Prácticamente, la mitad de los equipos se denominaban “unidad de calidad” con el liderazgo de un “coordinador o responsable” de la misma. Destacó, de nuevo, la veteranía de los líderes de las UCAL aún con más edad y experiencia y, además, el predominio femenino y el de la profesión médica. A diferencia de los líderes de las UCAL, los miembros de cada equipo procedían en su mayoría de otras profesiones como enfermería, técnicos o administrativos. Se repetía el fenómeno, como en el resto de paneles de expertos, de una dedicación parcial de la jornada laboral de los profesionales a las UCAL en casi la mitad de ellos. Estructuralmente, la mayoría de UCAL disponían de espacios físicos y materiales adecuados para desarrollar su actividad²⁷⁰. En la cartera de servicios de las UCAL existió una elevada coincidencia y homogeneidad en las actividades y funciones de las mismas²⁷¹. Entre ellas, fueron comunes en todos los centros las funciones relacionadas con la seguridad de los pacientes y la gestión de comisiones y comités; predominaban, también, el asesoramiento en la estrategia institucional de planes de calidad y objetivos, la gestión por procesos, y la tutorización de las certificaciones ISO y acreditaciones diversas²⁷². Con un impacto menor, algunas UCAL se encargaban además de funciones relacionadas con la responsabilidad social corporativa, la atención al paciente²⁷³, la gestión del conocimiento como la biblioteca, la investigación y la innovación, o la formación de los profesionales²⁷⁴, entre otras. En definitiva, tanto por el nivel de profesionalidad de los responsables de las UCAL participantes, como por el nivel asistencial de los 21 centros sanitarios a los que representaban, estos aportaron al estudio un valor importante y destacable.

Referente a la utilización de la guía de usuario y del programa Excel de la base de datos, los participantes en el panel de expertos 5 no plantearon ninguna duda, ni se presentaron incidencias, confirmando la facilidad de uso del programa y la claridad de las instrucciones recibidas. Si bien ya existen herramientas parecidas para profesionales en otros ámbitos^{275 276}, se destaca el poco desarrollo en estos tipos de software para autoevaluarse y ser evaluados externamente, periódica y continuamente, y conocer rápidamente los niveles de cumplimiento sobre un determinado proceso.

Los resultados por centro del estudio piloto para probar el programa de estándares, mostraron unos resultados dispares, no comparables, probablemente porque el estudio realizado es novedoso en su temática. Se valoró la media de cumplimiento de cada estándar en el conjunto de centros para evaluar dos aspectos: la dificultad que entrañaba cumplirlos, y la posibilidad de que el redactado y el contenido del estándar fuera mejorable, a pesar de haberse comprendido. La media global del cumplimiento de los 96 estándares, entre todos los centros, fue del 0,57 sin existir diferencias significativas entre ellos ($p = 0,295$). De ello se deduce que el nivel de complejidad del estándar o de competencia de cada UCAL, no influye probablemente en el resultado de los mismos, siendo homogéneo su cumplimiento. Entre las categorías con una dificultad significativa ($p < 0,0001$) de cumplimiento destacan las relacionadas con las siguientes: “Alianzas y Recursos”, “Resultados en los Clientes”, “Resultados en las Personas”, “Resultados en la Sociedad”, y “Resultados clave”. Por ejemplo, la necesidad de disponer de un presupuesto anual explícito y de listar las inversiones para la UCAL, a menudo no se contemplaba; o bien, no se realizaban actividades o no se medía el número de pacientes y usuarios que habían realizado formación sobre seguridad clínica o accesibilidad, o que hubieran participado en grupos focales o en grupos de mejora. También, en la categoría de “Resultados en la Sociedad”, era infrecuente que se midieran las actividades formativas sobre calidad y seguridad de profesionales externos, o la participación anual e interrelación virtual de las UCAL con asociaciones u otras instituciones de calidad, o el impacto de las UCAL en prensa, radio o redes sociales^{277 278}.

Se abordó el análisis del cumplimiento de los estándares por centro. La media de cumplimiento de todos los centros fue del 55,63%, con un abanico de resultados entre 11,06% hasta el 81,57%. Este amplio intervalo de resultados significativos ($p = 0,002$) se podría atribuir a varias causas: a la heterogeneidad de los ámbitos de los centros, al nivel profesional de las propias UCAL, a la rigurosidad y contenido de los estándares planteados, o a la dificultad en el uso del programa informático en el estudio piloto. El análisis estadístico de los resultados por cada centro confirmó, efectivamente, la existencia de niveles de calidad entre las UCAL participantes. Solo una tercera parte de los 21 centros superó el límite del 70% provisional propuesto, idealmente, para aprobar, en una futura e hipotética acreditación^{279 280}. Por otra parte, no hubo diferencias entre los resultados de los centros agrupados por CCAA ($p = 0,86$), ni por el número de ámbitos asistenciales de los centros ($p = 0,97$) lo que se interpreta como un dato más sobre la homogeneidad de la propia herramienta. Con el estudio piloto multicéntrico se aseguró, de nuevo, la validez de contenido. Se reafirmó que los estándares eran claramente

comprensibles ($p < 0,001$) y, después de la autoevaluación realizada mediante la base de datos Excel, se aseguró su cumplimiento con los documentos relacionados enviados ($p < 0,001$). A su vez, se corroboró y comparó el rango medio de las respuestas sobre la comprensión y la demostración con evidencias documentales de cada estándar, entre el taller de simulación previo y el estudio piloto. Además, la aplicación del programa de estándares en el estudio piloto, mejoró la comprensión ($P < 0,001$) y la detección de pruebas documentales justificativas ($p = 0,025$), respecto a los resultados del análisis teórico de simulación previo²⁸¹.

A partir de los resultados del estudio piloto multicéntrico, el comité científico concluyó que los estándares podían ser aplicados en una futura acreditación. Los estándares se validaron, se comprendieron, se justificaron con evidencias documentales, y el estudio piloto mejoró estas dos características básicas. Las aportaciones enviadas por los centros, simultáneamente a la autoevaluación, permitieron al comité simplificar y mejorar el redactado de algunos estándares para homogeneizar la gramática del conjunto de ellos. El proyecto concluyó con el redactado final de 88 estándares para implementar en un proyecto futuro de acreditación para las UCAL.



7.2. Discusión general.

La característica prospectiva, multicéntrica, de intervención y de evaluación del estudio, con la participación de profesionales expertos de las comunidades autónomas de España, líderes en la metodología de la calidad asistencial en cada uno de sus centros, ha permitido iniciar y culminar un proyecto de gran magnitud y dificultad, como es el desarrollo de estándares orientados al trabajo y al desarrollo de las Unidades de Calidad de centros sanitarios. Se ha confirmado la hipótesis del trabajo, y de acuerdo a los objetivos propuestos con este sistema estructurado de estándares, se ha evaluado el desempeño de las Unidades de Calidad de centros sanitarios.

Uno de los primeros aspectos distintivos de este trabajo ha sido, sin duda, el carácter polivalente, transversal, multidisciplinario y de amplia distribución geográfica de sus participantes, a diferencia de otros sistemas elaborados de acreditación^{282 283 284}. Efectivamente, es inusual ver participando a médicos, enfermeras, técnicos, mandos y gestores, entre otros, en equipos interdisciplinarios²⁸⁵. Y todo ello bajo el liderazgo del comité científico, la tutela y el soporte de la SECA para monitorizar y controlar la metodología y los resultados de los objetivos planteados. Efectivamente, ha sido fundamental para emprender este proyecto, el estímulo y la motivación histórica de la SECA, que desde 2009 y 2010 ya publicó un primer listado de funciones e indicadores de desempeño orientados a las UCAL¹⁷³. Ello culminó en 2015, con la redacción de la primera línea de “liderazgo” de su plan estratégico 2016 -2020¹⁴⁰, con el objetivo de elaborar un proyecto de acreditación mediante estándares, y destinar, a partir de entonces, las siguientes jornadas anuales de coordinadores de calidad españoles a su realización, entre 2015 y 2017. Durante esos tres años, en cada jornada de coordinadores, se organizaron los apartados metodológicos, con la propuesta de actividades que determinaron el carácter prospectivo del proyecto hasta 2018.

En este trabajo se cumplen básicamente los pasos de un ciclo de mejora continua: en la hipótesis y los objetivos se planifica la temática a analizar con las actividades a medir; en la metodología se incluyen los equipos de trabajo y sus procesos, así como las pruebas validez y confiabilidad necesarias a aplicar²⁸⁶; en los resultados se describe y se revisa la consecución de los objetivos planteados; y, en la discusión y las conclusiones, se evalúa todo el proyecto y la confirmación de la hipótesis planteada^{287 288}. Además, uno de los propósitos principales de esta investigación ha sido correlacionar y enlazar, directamente, el marco teórico en sus diez puntos de resumen, con los objetivos, la metodología y los resultados obtenidos. Los conceptos de “calidad asistencial” y sus dimensiones principales, como la eficiencia, la seguridad, y la satisfacción, han impregnado y orientado la mayoría de los estándares. Estos, a modo de recomendaciones, se han agrupado en torno a la tríada formada por la estructura, el proceso y los resultados, tanto en lo que respecta a la categorización de los mismos como al ciclo de mejora continua, y materializado en una herramienta informatizada de monitorización y cálculo de resultados. El sistema de estándares informatizado debería facilitar, promover e implementar un proceso de acreditación para las UCAL, principales garantes de la metodología sobre la calidad asistencial, en los centros sanitarios, bajo la tutela y el liderazgo de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

La característica singular de este estudio es importante para evaluar el impacto del mismo. A pesar de la extensa revisión realizada en la literatura médica, el autor de este trabajo no ha encontrado experiencias similares ni estándares parecidos, específicamente, para UCAL, por lo que su aportación puede ser interesante.

Metodologías de la investigación.

La metodología empleada en este trabajo ha sido compleja. En primer lugar, por el número, distribución geográfica y perfil de los expertos, que ha obligado a utilizar estrategias de reunión y técnicas diversas, tanto presenciales como informatizadas “en línea”, para promover una alta participación y transparencia. En segundo lugar, por las fases implementadas, progresivas y secuenciales, que obligaban a evaluar los diferentes tipos de validez en cada paso realizado. En tercer lugar, por la necesidad de detallar minuciosamente los listados resultantes de estándares en cada fase, y a corregir y mejorar su descripción. En cuarto lugar, para compaginar el carácter cualitativo del estudio con las herramientas cuantitativas estadísticas necesarias, que dieran consistencia y significación a los resultados. Y, en quinto lugar, la dificultad de desarrollar el estudio, con pocas experiencias referentes previas descritas en la bibliografía médica. De entre las principales técnicas²⁸⁹, desde el punto de vista cualitativo, en la actualidad, los grupos focales se utilizan en el 34% de los casos, la entrevista en el 24%, la técnica Delphi en el 10%, el análisis de contenido en el 8%, la técnica del grupo nominal en el 8%, y el Metaplan en el 2%. Así, el análisis cualitativo y, en parte, cuantitativo utilizado en este estudio, ha sido múltiple con 4 herramientas complementarias: Metaplan, Delphi, simulación y estudio piloto multicéntrico.

Con las características de los 4 instrumentos se ha trabajado con los estándares de forma progresiva e incremental. En el método Metaplan, a modo de técnica nominal de grupo y “brainstorming”, se moderaron las ideas de 99 profesionales y ofreció una primera aproximación al contenido de los estándares. Así, durante ese tiempo restringido que duró la “discusión por escrito”²⁹⁰, se obtuvo una sólida “estructura” inicial con un número importante de estándares escogidos. La técnica Delphi priorizó y acordó la mayoría de los estándares, anónimamente y sin interacción ni influencias entre los participantes; analizando las preferencias en cada categoría, y debatiendo estructurada y cuantitativamente la disensión²⁹¹. Mediante la simulación, cada vez más extendida en medicina^{292 293}, se organizó un ensayo de auditoría entre el panel de expertos para probar los estándares; con la simulación se adquirieron competencias, habilidades clínicas, conocimiento cognitivo, para ensayar la implementación y la evaluación de estándares en situaciones ficticias muy parecidas al entorno habitual de las Unidades de Calidad^{294 295}. Y, por último, el estudio “piloto”, como apartado final para probar la herramienta creada²⁹⁶. El “estudio piloto” representó una versión reducida del estudio futuro y ayudó a probar, con el instrumento de evaluación, la base de datos. El pilotaje reafirmó la hipótesis del trabajo, reforzó su diseño, aumentó la probabilidad de una implementación con éxito²⁹⁷, y permitió intuir los posibles “resultados” futuros.

Comité científico y paneles de expertos.

Para escoger, implementar y revisar las metodologías anteriores, el papel del comité científico fue fundamental para optar por las más adecuadas y, durante el estudio, corregir, modificar, matizar y reagrupar los estándares resultantes. La moderación y el rigor orientó al comité para iniciar, controlar y cerrar la investigación, mediante una revisión exhaustiva de los “resultados”²⁹⁸.

Los más de 120 profesionales participantes, entre los cinco paneles de expertos creados, promovieron el desarrollo adecuado del estudio. Su bagaje en la gestión de la calidad y liderazgo, como coordinadores, en sus respectivas unidades, determinó el éxito del proyecto. Partiendo de una amplia población “diana” con las cuatro herramientas metodológicas anteriores, los panelistas fueron siempre los mismos profesionales, pero en distinto número en cada panel. Por ello, las características demográficas de los coordinadores fueron muy parecidas, lógicamente, en todos los paneles por lo que se refiere al sexo, edad, categoría y cargo profesionales. La ventaja de este planteamiento era obvia: todos los profesionales eran conocedores de la temática y dinámicas empleadas, y participaron en una o varias estrategias metodológicas del mismo trabajo y durante un período constante y determinado²⁹⁹. Todos ellos eran especialistas independientes y sin conflictos de intereses, escogidos para sintetizar los listados de estándares propuestos. Estos grupos facilitaron un juicio de valor común sobre los estándares para las UCAL, basándose en la evidencia científica y en la veteranía profesional de sus miembros. Por sí mismos, los paneles de expertos se comportaron como una herramienta de evaluación de las propuestas de estándares para sintetizar conclusiones concretas. La credibilidad, probablemente, está reforzada, pues las conclusiones proceden del acuerdo entre profesionales competentes y con experiencia³⁰⁰.

Estándares elaborados definitivos.

Se aprobaron finalmente 88 estándares distribuidos entre todas las categorías, a modo de cuadro de mando integral, homogéneo, longitudinal y progresivo, desde los agentes facilitadores (estructura y proceso) hasta los resultados.

Aparte de las categorías, los estándares definen grandes grupos conceptuales de temáticas. El primer grupo se refiere a las “Unidades de Calidad”, con recomendaciones sobre el coordinador, los profesionales que la integran, los grupos de interés, los procesos, los indicadores, las actividades realizadas, los objetivos y las acciones de mejora alcanzadas. El segundo está relacionado con el “Plan, Política o Estrategia de Calidad”, su contenido, el liderazgo y su difusión. El tercero está compuesto por el “Plan, Política o Estrategia de Formación” en materia de calidad y, más concretamente, sobre la seguridad clínica de los pacientes, los formadores, las acciones formativas y los indicadores. El cuarto se refiere a la gestión y resultados de los “grupos y equipos asesores de trabajo”, como comisiones, comités, grupos de trabajo, grupos de mejora u otros. El quinto alude a los “Recursos y alianzas” de las UCAL, como estructuras, presupuestos, y colaboraciones con otras instituciones de calidad. El sexto engloba las

líneas estratégicas de seguridad, eventos adversos, infecciones, uso de medicamentos, procedimientos y gestión de cuidados. El séptimo evalúa la satisfacción de los profesionales con la UCAL. El octavo trata sobre las guías asistenciales, elaboración, difusión, revisión y adherencia a las mismas. El noveno aporta recomendaciones sobre la gestión de auditorías, autorizaciones, certificaciones y acreditaciones en materia de calidad. Y, en el décimo grupo conceptual, se han tratado, además, otras temáticas referentes a tecnologías de la información, medios de comunicación, investigación, memoria anual, e incidencia y reclamaciones recibidas en las UCAL.

Un aspecto a destacar sobre las categorías, se refiere a la de los “Resultados en los clientes” referidos a usuarios, pacientes o ciudadanos. Dado que mayoritariamente las UCAL interaccionan con profesionales y en muy poca medida con pacientes, se han definido los siguientes tres estándares: evaluar el número de pacientes o usuarios que han participado en actividades de formación sobre temas de experiencia del paciente, satisfacción o seguridad; medir la participación de clientes en grupos focales organizados por el centro sobre calidad; y contabilizar el número de acciones de mejora realizadas con éxito sobre los pacientes, en las que haya participado la UCAL. Sobre la satisfacción de los pacientes y usuarios, el comité ya evaluó su introducción como un estándar. Dado que la satisfacción de los clientes no depende directamente de las UCAL, sino de los equipos asistenciales de base, la descartaron ya desde su inicio. Estrictamente, la satisfacción de los clientes externos no debe atribuirse, como un estándar a las UCAL, pues ellos no están en contacto directo con los pacientes; sin embargo, sí que se les puede atribuir la satisfacción de los profesionales o clientes internos con las UCAL, como se ha definido en un estándar de esta categoría. Las UCAL pueden asesorar, apoyar, aconsejar y evaluar la satisfacción de los pacientes del centro, pero no pueden ser responsables, directamente, de sus resultados. Lógicamente, esta categoría es importante, pues alude a la pregunta que subyace silente: ¿cuál es el impacto directo de las UCAL sobre los pacientes? Seguramente poco, si bien existiría una influencia indirecta a través del profesional, sin embargo, aún por justificar con evidencias³⁰¹.

Otras preguntas a plantearse serían: ¿es suficiente el número de estándares elaborados? ¿Reflejan el nivel de calidad global de las UCAL? ¿Implican una exigencia y una demanda excesivas hacia las UCAL? Desde el principio de la investigación, se han intentado ajustar los estándares a las temáticas relacionadas estrictamente con la calidad asistencial, a partir de la experiencia de los profesionales que trabajan día a día en dichas unidades. Ahora bien, la alta polivalencia y variabilidad de sus equipos y funciones, originó que el abanico de recomendaciones fuera superior a 200 estándares, puliendo, progresivamente con las metodologías empleadas, el número de ellos. Un conjunto final de 88 estándares parece óptimo, más teniendo en cuenta que para el comité científico y los expertos, los contenidos y las temáticas tratadas son las adecuadas. Realizar una autoevaluación periódica con este dimensionado por parte de las UCAL parece asequible, sobre todo, comparándolo con otras especialidades y equipos asistenciales^{302 303 304 305 306}. Además, cada estándar requiere, para su evaluación y respuesta, de un análisis pormenorizado y detallado, según sea “facilitador” o de “resultado”, valorando las características definidas sobre su planificación, implementación, evaluación o revisión, o bien, el número de medidas por indicador en

las áreas más relevantes, los objetivos alcanzados, las tendencias positivas y la comparativa de los indicadores. Aun así, probablemente ese número podría disminuir, si con la experiencia que se adquiriera en la futura implementación se observan semejanzas entre los estándares que un análisis factorial podría detectar.

Un porcentaje alto o bajo de cumplimiento de los estándares en una UCAL, refleja solo eso, un porcentaje. Y estos son los datos mostrados en el estudio piloto multicéntrico. ¿Un resultado inferior al 20% de cumplimiento en una UCAL refleja que su actividad es deficiente y que, por tanto, la asistencia que realizan los profesionales de todo ese centro es insuficiente? ¿Un resultado superior al 80% demuestra, al contrario, que esa unidad y ese centro son excelentes? En ningún caso se pretende dar por supuesto que exista una relación directa entre el puntaje de las UCAL en el estudio piloto con la calidad de la asistencia en ese centro. Se podría plantear la siguiente hipótesis: ¿existe una posible relación entre los indicadores de calidad del conjunto de un centro, con la cultura de seguridad del mismo, aparentemente promovida por las UCAL? En dos revisiones recientes^{307 308}, se examinaron las posibles conexiones entre la cultura de seguridad de la organización, la seguridad del paciente, y los indicadores de calidad hospitalarios. Los resultados revelaron inconsistencias semánticas, ausencia de marcos teóricos, disfunciones en la validez de las herramientas utilizadas y diferencias metodológicas importantes; en particular, en ellos, no se identificaron relaciones significativas entre la cultura de seguridad, la seguridad del paciente y los resultados de calidad de la atención. El nivel de cumplimiento en el sistema de estándares da una idea de cómo trabaja ese equipo y de las oportunidades que le brindaría su autoevaluación y una evaluación externa.

Los estándares ofrecen a la UCAL, recomendaciones e ideas de cómo puede ayudar y asesorar a los equipos de profesionales de sus centros. Ahora bien, la calidad científico-técnica, la eficiencia, la empatía, y la seguridad directa sobre los pacientes, no son responsabilidad de la UCAL, sino de la del resto de equipos asistenciales. Probablemente, la existencia de una UCAL estructurada, amplia, proactiva, competente y con niveles de cumplimiento altos, orientaría en parte sobre el tipo de centro sanitario del que se está hablando, sobre el interés de su dirección ejecutiva, sobre el rendimiento de sus profesionales, y sobre cómo dinamiza la organización su misión y sus valores. Porque aquí podría radicar un gran reto de futuro: demostrar que cuando una UCAL obtiene un resultado positivo, realmente su equipo, su entorno y la institución reflejan ese resultado en todas las dimensiones de la calidad, eficiencia, satisfacción, y buenas prácticas en seguridad clínica.

Se podría cuestionar el alto grado de exigencia que la demanda de los estándares implica. La variedad en los resultados del estudio piloto multicéntrico no abonaría este punto, al contrario. Se ha observado una clara distribución “normal” del nivel de cumplimiento en el conjunto de estándares, que orienta a considerar que su nivel de exigencia es estable y regular. No ha habido un exceso de resultados deficientes o excelentes, si se considera un nivel apto el 50%; independientemente que en principio y provisionalmente se haya considerado el nivel óptimo en porcentajes superiores al 70%. Una discusión para el futuro será definir cuál ha de ser ese límite a alcanzar para considerar adecuado el funcionamiento de una UCAL en la acreditación.

Validez de los estándares.

En el conjunto del estudio y en las diversas fases, se ha evaluado la validez en sus 4 vertientes: contenido, constructo, apariencia y criterio³⁰⁹.

La validez de contenido, entendida como aquella que demostraba que los estándares cubrían todas las áreas relevantes de la calidad asistencial para las UCAL, se evaluó mediante los resultados estadísticos del Delphi, además de comprobar que los estándares se entendían y se podían demostrar mediante evidencias documentales. La validez de constructo demostró que los estándares evaluaban realmente la calidad de las UCAL y no otra temática, y se aseguró demostrando la interrelación y la consistencia interna entre las categorías de estándares mediante el análisis de fiabilidad³¹⁰. La validez de apariencia, si bien ofrece una evaluación más subjetiva, informal y débil, constató que los estándares estaban relacionados con alguna de las dimensiones de la calidad. La validez de criterio, al compararse con el patrón creado expresamente por los investigadores, sirvió para substituir la carencia de un instrumento considerado como “goal standard” en la literatura; sin embargo, la validez de criterio conllevaría una posible objeción metodológica al destacar que el muestreo no probabilístico podría alterar la generalización de las conclusiones; circunstancialmente, el alto número de expertos del panel y su participación potenció la relevancia de los resultados³¹¹.

Por último, otro aspecto a tener en cuenta en el análisis de la validez del estudio piloto, radica en el contexto en el que se realizó y a las áreas a qué aplicó. Por ello, se amplió el espectro de participación en lo que se refiere al entorno geográfico, a los ámbitos asistenciales, y a la variedad de perfiles profesionales que trabajan en las UCAL. Será recomendable revisar periódicamente en el futuro los estándares durante su implementación, para modificarlos o eliminarlos con la aparición de nuevas recomendaciones o evidencias³¹².

Evidencia científica.

Se ha realizado una recopilación, síntesis y aplicación sistemáticas de evidencia empírica de alta y moderada calidad, y se ha hecho un esfuerzo por individualizar la evidencia revisada³¹³. Ha sido un reto. Por ello, la finalidad de este apartado no era solamente ahondar en la bibliografía existente sobre estándares de calidad, sino también aflorar los déficits de conocimiento y potenciar las vías futuras de investigación³¹⁴. Así, se han podido recopilar una pequeña parte de artículos con un óptimo nivel de evidencia que aludieran directamente a alguno de los estándares elaborados. Además, una de las limitaciones del trabajo se ha producido, por un lado, al seleccionar las revistas, sobre todo con un índice de impacto destacado y, por otro lado, se han priorizado más los idiomas en español, inglés y francés, profundizando menos en fuentes de información provenientes del alemán o del portugués, también con una aceptable tradición en sistemas de gestión de la calidad. Se destaca el dato por el cual para el 39% de los estándares, no se han podido aportar artículos de revisión que pudieran avalar un cierto valor al no encontrar una evidencia significativa que los sustentara. Si bien, este aspecto, aparentemente negativo, se podría positivar al afirmar que estos estándares sin

bibliografía asociada, han sido propuestos por paneles de expertos con experiencia en calidad siendo, esta opinión probablemente, una pequeña aportación a la evidencia científica. Finalmente, se quiere enfatizar que la aportación de una evidencia científica sólida potencia algunos tipos de validez³¹⁵, sobre todo, las de contenido, constructo y apariencia.

Sistema de estándares.

Los estándares elaborados y el programa informático que los contienen con su algoritmo de puntuación, constituyen por sí mismos un sistema^{316 317}. Se define como “sistema abierto” al tratarse de tres dispositivos integrados e interdependientes, conceptuales y físicos, que se interrelacionan e interaccionan, funcionando como un todo unificado, y delimitándose claramente sus componentes del entorno, con los que se obtiene un resultado previsto y determinado. El instrumento principal, fruto del desarrollo de estándares, es el programa informático creado, que incorpora el modelo de gestión para las UCAL. Está constituido por una base de datos y un algoritmo de puntuación propios para la evaluación externa y la autoevaluación, que ofrece un análisis del nivel de calidad resultante de un equipo. Este sistema incluye el conjunto de “estructura, procesos y resultado”, a través del ciclo de mejora continua. Es fundamental la interrelación existente entre las categorías 1 y 5 como agentes facilitadores (estructura – proceso), con las categorías 6 a 9 de resultados. Se confirma, como la coherencia de los primeros influye definitivamente en los resultados de los centros, y esta interrelación ha sido ratificada a través de la validez y la confiabilidad del modelo EFQM, ya demostrada en diferentes sectores³¹⁸.

La utilización periódica de la herramienta creada y probada en el estudio piloto de los centros es, pues, uno de sus elementos característicos. Con ella, se pretende conocer las oportunidades de mejora, establecer objetivos sobre los resultados planificados a alcanzar, y controlar el nivel periódico de calidad con el indicador de porcentaje global de cumplimiento de los estándares por la UCAL. La evaluación periódica es necesaria para la mejora de la eficiencia de las actividades de las UCAL³¹⁹. Complimentar la autoevaluación en el Excel por parte de las UCAL no fue complejo, y sin incidencias en su manejo. Probablemente, en un futuro, el cambio de la base de datos Excel, por otra base de datos ubicada en un entorno web, debería facilitar más la cumplimentación de los estándares³²⁰.

En otro orden de temas, se podría plantear la siguiente duda: ¿el sistema de estándares podría sufrir algún cambio con la reciente aparición del modelo EFQM en su versión 2020, o en aquella circunstancia por la que qué desapareciera o se transformara el modelo por completo? La respuesta es probablemente no. Porque el modelo EFQM en su versión 2013 fue en su momento la base para inspirar el sistema de estándares aquí presentado. El sistema de estándares contiene unas categorías propias, denominadas formalmente con los mismos términos que el EFQM, pero cuyo origen procede de los principios básicos de la calidad asistencial³²¹, como así se inició durante la elaboración de los estándares. Aunque la denominación de los criterios o de las categorías cambiara, se podría mantener el mismo concepto en cada una de ellas. Por otra parte, la versión

2020 del nuevo EFQM es una evolución de los anteriores, manteniendo siempre el concepto de mejora continua en sus REDER³²². Y, finalmente, el ciclo de mejora continua representa un algoritmo propio, creado específicamente para el sistema de estándares, con aportaciones tanto del REDER como de otras propuestas de acreditación. En definitiva, el sistema de estándares se ha inspirado en las categorías y la metodología EFQM, si bien por sí mismo, el sistema es único e independiente.

Unidades de Calidad.

Los estándares están basados en la “calidad asistencial” como razón de ser de las Unidades de Calidad. Estas, a través de su metodología y soporte, asesoran a los equipos profesionales en la mejora de los procesos, mayoritariamente, sobre seguridad de los pacientes, en beneficio de la experiencia que recibirán los usuarios y los pacientes. Las UCAL están en el centro de este proyecto de investigación. Es evidente, a pesar de los años de existencia de las mismas, la potencialidad de desarrollo que les queda a las UCAL en España. A diferencia de otros sectores de servicios o de producción, destaca la parcial dedicación de la jornada completa de sus coordinadores a la unidad en algunas de ellas y, a menudo, la considerable polivalencia en sus funciones, confirmado por los perfiles de los miembros participantes en los paneles de expertos. Una reflexión importante en este punto lleva a plantear la siguiente disyuntiva: ante la variedad de funciones realizadas, la falta de demanda de expertos en calidad en los centros sanitarios, y la insuficiente dedicación de los mismos a las UCAL, ¿existe en España una falta de desarrollo e inmadurez en las UCAL? O bien, ¿las actividades que realizarían las UCAL, en caso que estas no existieran, están o estarían integradas en los propios equipos de asistencia directa a los pacientes?

Recientemente, y a raíz de la pandemia COVID-19, Macías Maroto³²³ se preguntaba: “¿Qué ha ocurrido con las certificaciones y acreditaciones de calidad?, ¿han sido útiles para mejorar el abordaje de la pandemia? ¿Qué ha pasado con los comités, comisiones y grupos de mejora?, ¿se deberían replantear los métodos de trabajo de los mismos? ¿Qué ocurre con la motivación de los profesionales?”. Siguiendo con la reflexión anterior, la pregunta obvia es: ¿Y ahora qué? Las UCAL ya tenían la llave del cambio, pero ahora aún más, para redefinir y potenciar nuevas líneas estratégicas como^{324 325 326 327 328 329 330 331}: el rediseño de la seguridad del paciente y la implicación de los profesionales, la gestión por procesos, la adecuación de los recursos basada en la evidencia, la mejora en la experiencia del paciente, la telemedicina para reuniones y comités, la certificación y acreditación en los sistemas de gestión de la calidad de todos los equipos de cada institución, la potenciación del talento y del reconocimiento del profesional, la educación digital a los profesionales, la evaluación periódica de las competencias y la formación continuada mediante nuevos procesos como la simulación. La responsabilidad está en manos de todos^{332 333 334 335 336 337}: primero, en la de los gobiernos que con sus leyes pueden promover la incorporación de profesionales expertos en calidad en los centros sanitarios, y dotar a la calidad asistencial de una vía académica y profesional propias; segundo, en las direcciones ejecutivas de los centros, pues ellas pueden implementar en cada institución la cultura de la calidad y seguridad,

y poner “como mano derecha” a los coordinadores de calidad para que las asesoren y las ayuden; tercero, en los profesionales de las UCAL, que pueden reivindicar su papel en la gestión de la calidad del centro, certificarse, acreditarse, y mejorar sus competencias, su formación y su motivación; cuarto, en las sociedades científicas, porque no solo es responsabilidad de SECA estimular y promover la calidad asistencial potenciando la acreditación de las UCAL, sino del conjunto de todas las sociedades, a través del desarrollo de sus indicadores y estándares; y, quinto, en los propios usuarios, pacientes y ciudadanos, que cada día informan y comunican, individualmente y en asociaciones, cómo se sienten, qué les falta, qué necesitan y qué malas experiencias no quieren volver a sufrir.

Acreditación.

Desde el punto de vista genérico sobre la acreditación de la actividad asistencial de los equipos, no existen datos suficientes sobre si la acreditación tiene un efecto directo sobre los pacientes³³⁸, ni del posible impacto de las UCAL en los indicadores de los centros. Si bien, existe una brecha entre lo que aparentemente representa disponer de una certificación o una acreditación, y la realidad asistencial. Por tanto, ¿disponer de un título de acreditación asegura una atención de calidad? La respuesta de los organismos gubernamentales y de las gerencias de los centros es “de facto” afirmativa, pues aparte del posible y aparente efecto beneficioso de la misma, periódicamente se contratan un número ingente de empresas de auditoría para proceder a la acreditación o a la certificación, por convencimiento o por obligación. Más, si los centros acreditados deben rendir cuentas a través de la misma a los departamentos de salud o a los propios órganos directivos de los centros sanitarios. Y ello, independientemente, del coste anual que implica la contratación de estos servicios^{339 340 341}. Es prioritario confirmar el vínculo entre la acreditación de todo el centro y la calidad asistencial del mismo. Existen evidencias sobre este punto. Así, se han descrito mejoras de la práctica clínica concretas con fármacos, procesos asistenciales, resultados en mortalidad o en resultados de satisfacción en centros acreditados respecto a los no acreditados^{342 343}. Si bien, el estudio más completo sobre esta relación se realizó en hospitales acreditados por “Joint Commission”^{344 345 346}; estudiando los resultados sobre mortalidad, readmisiones y experiencia del paciente, se observó una ligera disminución en las readmisiones, más en los equipos y pacientes con patologías médicas respecto a las quirúrgicas, sin cambios en la mortalidad o en la satisfacción. Por todo ello, ¿es útil y necesaria la acreditación? Claramente, sí. Sobre todo, para asegurar un mínimo nivel de calidad, y garantizar un cumplimiento suficiente en los procesos de gestión y seguridad clínicas³⁴⁷. Seguramente, el enfoque de la acreditación debería ir más dirigido a los procesos relacionados directamente con los pacientes que, en los procedimientos de archivo o elaboración de la documentación, sin desmerecer este último punto. El objetivo es el contenido, la salud, y no tanto el continente, el formato. ¿Garantiza por sí sola la acreditación una atención de calidad? Claramente, no. Pues la acreditación no evita que una organización cometa errores, pero debería trabajar con la referencia de unas buenas prácticas y con

un método que intente prevenir, identificar tempranamente o actuar para evitar que se produzcan, en un contexto de cultura de seguridad³⁴⁸.

Además, la acreditación se podría orientar casi exclusivamente a evaluar los buenos resultados y la buena experiencia para el paciente con su centro, y las auditorías focalizarse en aquellos procesos y procedimientos que se asocian a unos resultados óptimos o excelentes de salud. En este sentido, siguiendo la máxima de “menos es más” también en la acreditación³⁴⁹.

Teniendo en cuenta los datos anteriores esgrimidos sobre la acreditación de centros sanitarios, la discusión debe orientarse también a la acreditación de las UCAL. Este autor no ha detectado un sistema de acreditación para las UCAL. Este es el gran reto del futuro inmediato. Los estándares elaborados y el programa de evaluación propuestos que los contienen, posibilitan la evaluación y, en consecuencia, poder iniciar la acreditación de las UCAL. Este es el principal objetivo. Porque asegurar unos resultados óptimos en las UCAL es fundamental para asesorar adecuadamente a los profesionales y a las direcciones de las organizaciones sanitarias. Sin embargo, un soporte metodológico básico ya no es suficiente; el asesoramiento a los profesionales en cualquier centro, hospitalario, de atención primaria, sociosanitario o de salud mental, debe ser eficiente, seguro y basado la evidencia científica más actualizada. Por ello, una UCAL competente, motivada, certificada o acreditada, puede ser el motor que ayude a cada uno de estos equipos asistenciales a establecer un sistema de gestión de la calidad proactivo e integral. En la mayoría de los países³⁵⁰, a nivel asistencial, se ha implementado la acreditación, como una estrategia nacional para mejorar y asegurar una asistencia de calidad, excepto para las UCAL. Las diferencias en el nivel de calidad de las UCAL son evidentes en los resultados aquí presentados con el estudio piloto multicéntrico, aunque se haya realizado en un entorno de “piloto”, ha mostrado variaciones muy importantes entre los equipos participantes.

Finalmente, los estándares, en su definición de “recomendaciones de buenas prácticas”, son válidos y fiables, y se han desarrollado en un sistema de evaluación informatizado con el ciclo de mejora continua, para auditar interna o externamente a las UCAL, monitorizar los procesos y los resultados de desempeño de estos equipos, promover la implementación de actividades de mejora, potenciar el asesoramiento metodológico de los profesionales en la gestión de la calidad, y desarrollar un itinerario de progreso en la cultura y la metodología de la calidad. El gran reto de futuro debería consistir en demostrar, con la realización de nuevos trabajos relacionados, que un equipo acreditado con los estándares, promueve en el resto de los equipos asistenciales de su centro, una atención adecuada y una óptima experiencia para los pacientes^{351 352}. En todo ello, es fundamental el papel que juega y debe jugar la SECA como promotora principal de este sistema de estándares, para potenciarlo y desarrollarlo. Su incorporación a un modelo de acreditación periódica ha de permitir, en el futuro, la evaluación de las UCAL, como sucede con los modelos ISO, EFQM, Joint Commission, o los sistemas de acreditación propios de las comunidades autónomas. Y, por último, destacar que el camino es largo y el número de proyectos para optimizar toda la acreditación, elevado. Tal y como Donabedian reflexionaba³⁵³, *“los estándares [de una buena atención médica] reflejan el conocimiento y las orientaciones actuales, y están sujetos a cambios a medida que avanza el conocimiento”*.

8. Limitaciones y fortalezas del estudio.



Limitaciones de la investigación.

Se podría detectar una posible falta de exhaustividad en los estándares, si bien para evitarlo se analizó un destacado número de publicaciones, además de la aportación y la experiencia de los más de 120 profesionales de 14 Comunidades Autónomas, considerando que los estándares más relevantes estuvieran incluidos.

El tamaño de la muestra en cada apartado metodológico podría haber sido más numeroso, si bien se consideró que los 53 profesionales para el método Delphi sería un número razonable, al ser un estudio con una aproximación mixta, cualitativa y cuantitativa.

La selección de los expertos no fue aleatoria, sino por voluntariedad e interés, conllevando un posible sesgo de selección; para evitar esta limitación potencial en el estudio Delphi, se recogió la opinión de los profesionales distribuidos a nivel nacional, con una alta participación de los mismos en los territorios antes detallados.

Para evitar una posible influencia de las opiniones de unos expertos sobre otros, las interacciones en las rondas del Delphi se protegieron con el anonimato en las respuestas.

Para la evidencia científica revisada, se seleccionaron revistas con un índice de impacto destacado, y se realizó la búsqueda bibliográfica en bases de datos Web of Science y Scopus; priorizándose los idiomas español e inglés, y menos el francés, alemán o portugués.

Y, por último, la escasez de estudios previos en esta área de investigación, también su tuvieron en cuenta entre las limitaciones descritas.

Fortalezas de la investigación.

Se destaca el elevado número y experiencia de los 123 profesionales participantes “en línea” y presencialmente en los paneles de expertos, la amplia representación territorial de las 14 Comunidades Autónomas incluidas, y el soporte estratégico y logístico de la SECA.

La aproximación mixta del estudio, cualitativo y cuantitativo, con las 4 metodologías empleadas con las técnicas del Metaplan, el Delphi, la simulación y el estudio piloto multicéntrico, ha sido muy útil en cada fase del estudio; además, de las herramientas estadísticas empleadas para complementar cuantitativamente los resultados, y demostrar los diversos tipos de validez.

La fiabilidad del estudio Delphi, con su formato anónimo y “en línea”, y los resultados extraídos del mismo, fueron algunas de las bases clave del trabajo.

La búsqueda bibliográfica y el análisis de los artículos escogidos, mediante el GRADE y el GRADE-CERQual, han reforzado la evidencia científica de los estándares.

El estudio de simulación desarrollado, ante la falta de un “patrón-oro”, ha posibilitado la verificación de la validez de criterio de los estándares.

El análisis de los diferentes tipos de validez ha asegurado la fiabilidad y consistencia de los estándares.

El desarrollo de una herramienta informática con el “ciclo de mejora continua” incorporado, ha permitido autoevaluar la actividad de las UCAL.

La implementación de la herramienta informática en el estudio piloto multicéntrico ayudó a verificar el funcionamiento del propio instrumento por las UCAL, y a reforzar la validez de los estándares.

9. Aplicación práctica y líneas de investigación futuras.



¿Cuáles podrían ser las aplicaciones prácticas inmediatas de los resultados, la transferencia futura del trabajo, y las siguientes líneas de investigación? Se detallan las siguientes actividades:

Publicar los resultados de esta tesis doctoral en una revista de impacto internacional relacionada con la calidad asistencial, para difundir la investigación realizada.

Instalar el sistema de estándares, desde el Excel actual con su sistema de puntuación, a una nueva herramienta informática en entorno web, intuitiva y sencilla, para ayudar a las UCAL a autoevaluarse, o bien para ser utilizada por un organismo externo para evaluar y acreditar a los equipos, como ya existe en otras disciplinas y ámbitos^{354 355}.

Crear un modelo de acreditación que incluya un comité con expertos que dirija el proceso, una normativa de acreditación, un manual de guía, y este instrumento informatizado con los estándares validados que permita, tanto la autoevaluación como la evaluación externa^{356 357}. Respecto a la normativa, este trabajo de investigación, a través del método Delphi, ya ha consensado algunas recomendaciones interesantes como, por ejemplo, la premisa previa de la autoevaluación, la formación de los auditores en el modelo y en el programa informático, la división de los estándares entre obligatorios y optativos, establecer los niveles de acreditación según el grado de cumplimiento, o la implementación de un proceso acreditativo no gravoso económicamente para ninguno de los agentes, entre otros.

Promocionar el modelo de acreditación entre las UCAL con la herramienta informática y empezar con las primeras acreditaciones.

Paralelamente a la implementación del modelo, iniciar el proyecto de certificación, concretamente, del propio sistema de gestión de los estándares por parte de entidades certificadoras nacionales. El proceso de certificación del sistema debe ofrecer la garantía de que el proceso de acreditación de estándares, cumple con las especificaciones que lo regulan y es reconocido por organismos independientes. En España, la entidad de certificación acreditada es la "Entidad Nacional de Acreditación" (ENAC)³⁵⁸, a través de la norma UNE-EN ISO/IEC 17021-1³⁵⁹. La pretensión de certificar el proceso de acreditación se basa en asegurar la calidad del servicio, la seguridad y la confianza de los auditados, complementariamente al sello europeo de CE³⁶⁰. Además, el futuro sistema de auditoría externa podría conceder diversos grados de distinciones o reconocimientos de calidad a los equipos³⁶¹.

Evaluar los primeros resultados de UCAL acreditadas, y organizar un nuevo proyecto de investigación multicéntrico con un segundo estudio Delphi para practicar un análisis factorial para agregar y fusionar estándares, con el fin de depurar e intentar disminuir su número³⁶².

Y, planificar un nuevo proyecto de investigación con más impacto y trascendencia, pre- y post-acreditación, para identificar si los equipos acreditados han mejorado realmente su desempeño, han influido en los profesionales y, estos, en los pacientes³⁶³.



10. Conclusiones.



Según los resultados de la presente tesis doctoral, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

Para el primer objetivo:

1. La investigación cualitativa y cuantitativa realizadas en este trabajo, aplicando diversos instrumentos metodológicos de investigación (Metaplan, Delphi, estudio de simulación y estudio piloto multicéntrico), realizada con más de 120 coordinadores de Unidades de Calidad de 14 comunidades autónomas españolas, y distribuidos en 5 paneles de expertos entre 2015 y 2018, ha concluido con la elaboración, categorización y síntesis de distintos listados hasta la versión final de 88 estándares para las Unidades de Calidad de centros sanitarios.
2. Respecto a los estudios de validez, se han asegurado: la validez de contenido a partir de la estadística descriptiva, el índice de Lawshe y las pruebas binomiales, para comprobar la “comprensión” y la “justificación documental” de los estándares; la validez de constructo o fiabilidad de los mismos, a través de coeficientes de correlación; la validez de apariencia, relacionando los estándares con diversas dimensiones de la calidad; y la validez de criterio, mediante la sensibilidad y especificidad, comparando la aplicación teórica de los estándares con un “patrón semi-oro” creado.
3. A pesar de la baja evidencia global encontrada en la revisión bibliográfica realizada, en el conjunto de estándares se pudo justificar una moderada – alta evidencia significativa en el 61,5% de los estándares, con los instrumentos GRADE (revisiones cuantitativas), y GRADE-CERQual (revisiones cualitativas).

Para el segundo objetivo:

4. Se ha creado un sistema de estándares, estructurado y ponderado en una base de datos informatizada, con un algoritmo de puntuación, con el que se ha obtenido un resultado único de cumplimiento, que ha permitido a UCAL autoevaluarse.

Para el tercer objetivo:

5. La implementación del sistema de estándares informatizado demostró, en el estudio piloto multicéntrico realizado en 21 centros de 7 comunidades autónomas, con diferentes ámbitos, niveles de complejidad y financiación, su

utilidad práctica para desarrollar una evaluación de los estándares en centros sanitarios.

6. El nivel de cumplimiento de los estándares fue dispar entre los centros, distribuidos en grados significativos de desempeño, con una media global de 55,6%. No se apreciaron diferencias entre comunidades autónomas, destacando la dificultad de cumplimiento en algunas categorías concretas, como “Alianzas y recursos”, “Resultados en los Clientes”, “Resultados en las personas”, “Resultados en la sociedad”, y “Resultados clave”.
7. El estudio piloto multicéntrico reforzó la validez de contenido, previamente demostrada, sobre todo en la “comprensión” de los estándares, y en su “justificación documental” por parte de los equipos de los centros participantes.
8. El estudio realizado, con la participación interdisciplinaria y multicéntrica de profesionales expertos en calidad asistencial de todos los ámbitos asistenciales, ha desarrollado unos estándares válidos y fiables, a modo de “recomendaciones de buenas prácticas”, para las Unidades de Calidad de centros sanitarios.
9. Los estándares elaborados han permitido evaluar el trabajo y el desempeño de las Unidades de Calidad de centros sanitarios, de acuerdo a la hipótesis planteada y a los objetivos propuestos.

11. Anexos.



Anexo 1. Formulario Delphi, y consentimiento informado.

Estudio Delphi. Acreditación de Unidades de Calidad. SECA.

1. HOJA DE INFORMACIÓN y CONSENTIMIENTO INFORMADO

En este correo electrónico, se adjunta la HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE del ESTUDIO DELPHI, con la propuesta de "ESTÁNDARES PARA ACREDITAR UNIDADES DE CALIDAD".

1 CONSENTIMIENTO a la participación en el ESTUDIO DELPHI, con la propuesta de "ESTÁNDARES PARA ACREDITAR UNIDADES DE CALIDAD".

- 1) He leído, en un idioma que entiendo, este documento y entiendo los propósitos, procedimientos y riesgos de este proyecto de investigación tal como se describe en él.
- 2) He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas que he recibido.
- 3) Acepto libremente participar en este proyecto de investigación como se describe en la HOJA DE INFORMACIÓN.

2 Por todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para participar en este estudio y responder a las preguntas planteadas (RESPUESTA OBLIGATORIA para proseguir el estudio): (*)

Sí

No

2.

3 Edad (*)

Seleccione una opción



4 Sexo (*)

Seleccione una opción



5 Ámbito del centro de trabajo (*)

Seleccione una opción



6 Si en "Ámbito del centro de trabajo" se ha escogido OTROS, definir el tipo de centro

7 Categoría profesional (*)

Seleccione una opción



8 Si en "categoría" se ha escogido OTROS, definir la categoría

9 ¿Dispone de una estructura con 1 o más profesionales que desarrolla funciones de "Calidad" a modo de Unidad de Calidad, designada por el centro? (*)

Sí

No

10 Actividad o nombre del cargo profesional que desarrolla respecto a la Unidad de Calidad (director, coordinador, responsable....) (*)

Seleccione una opción



11 Si en "actividad o nombre del cargo" se ha escogido OTROS, definir el cargo

12 Porcentaje aproximado asignado por el centro, que en su actividad diaria habitual dedica a Calidad (*)

Seleccione una opción



13 Años de antigüedad, aproximadamente, que lleva usted de dedicación a la Calidad en su cargo de trabajo

Seleccione una opción



3. Opinión sobre la organización y logística de una posible "Acreditación"

14

¿Cómo valorar cada estándar?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 En desacuerdo Ni de acuerdo De acuerdo
 ni en desacuerdo

15 SOBRE LA METODOLOGÍA, ORGANIZACIÓN Y LA LOGÍSTICA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0.1. En el proceso de acreditación, el centro debe realizar en primer lugar una autoevaluación previa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.2. En el proceso de acreditación, no es necesario realizar en primer lugar una autoevaluación previa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.3. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser externas a la sociedad de calidad de cada comunidad autónoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.4 Las auditorías para alcanzar la acreditación final las debe realizar la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.5. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas por las sociedades de calidad de la propia comunidad autónoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.6. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.7. Los profesionales que realizan las auditorías deben estar expresamente formados para realizarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.8. La formación de los profesionales que realizan las auditorías debe ser realizada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.9. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.10. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.11. El certificado de la acreditación debe ser emitido únicamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.12. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.13. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma conjuntamente con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.14. Deben existir 2 o 3 distintos niveles de acreditación, por ejemplo "avanzado", "óptimo" y "excelente"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.15. Solo debe existir un nivel de acreditación, por ejemplo "acreditado" y nada más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.16. Deben existir dos tipos de estándares: obligatorios (deben cumplirse) y optativos (pueden cumplirse para optar a niveles superiores de acreditación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.17. Debe existir 1 solo tipo de estándares: obligatorios (deben cumplirse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.18. La acreditación debe tener una vigencia de 3 años y luego reacreditarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.19. La acreditación debe tener una vigencia de 5 años y luego reacreditarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.20. El proceso de acreditación no debe ser gravoso económicamente para la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.21. Es importante que el proceso de acreditación se realice consensuadamente, desde un punto de vista económico de eficiencia, tanto para la SECA, como para las comunidades autónomas, como para los centros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.22. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben ser informatizados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.23. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contener un sistema de puntuación automático estandarizado ("sin evidencia" a "evidencia clara")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0.24. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contemplar en los resultados: cumplimiento de objetivos, tendencias y comparaciones ("benchmark")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16 MÁS PROPUESTAS SOBRE "ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA" QUE QUIERA APORTAR

4. Delphi Acreditación Calidad

Criterio 1: LIDERAZGO

17

¿Cómo valorar cada estándar?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En desacuerdo Ni de acuerdo De acuerdo

 ni en desacuerdo

18 LIDERAZGO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.1. Las funciones, competencias y responsabilidades del responsable de la Unidad de Calidad están descritas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2. La Unidad de Calidad se reúne periódicamente y los documentos de sus reuniones reflejan los acuerdos y la distribución de responsabilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3. La Unidad de Calidad evalúa los resultados de su área de responsabilidad de forma sistemática y continua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.4. Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.5. El responsable de la Unidad de Calidad debe participar en la formulación de los objetivos estratégicos de la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.6. La Unidad de Calidad elabora y dispone los objetivos de sus áreas de responsabilidad e identifican los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos necesarios. Estos objetivos están consensuados y aprobados conjuntamente por la Dirección ejecutiva y los líderes correspondientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.7. La Unidad de Calidad participa en estructuras multidisciplinarias de asesoramiento de apoyo propias de las áreas de su responsabilidad y las promueven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.8. Hay la información necesaria para gestionar el área de responsabilidad de la Unidad de Calidad, de acuerdo con sus objetivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.9. Hay criterios para la evaluación del rendimiento y la efectividad de la Unidad de Calidad y adopta medidas de corrección derivadas de su evaluación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.10. La Unidad de Calidad evalúa la calidad del servicio que presta de forma sistemática y continua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.11. El Plan de calidad se incorpora al Plan estratégico de la organización y es coherente con su misión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.12. La Dirección ejecutiva asume la dirección del Plan y participa activamente en sus órganos de gestión, así como en la planificación y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.13. Hay un procedimiento para la definición de los indicadores que permite la homogeneidad y la comparabilidad interna y externa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.14. El plan de calidad emite resultados homogéneos y objetivos, de manera periódica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.15. La organización tiene un sistema de control de calidad sobre sus proveedores y conoce si ellos disponen de algún sistema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.16. La Unidad de Calidad diseña un mecanismo para incentivar la participación del personal en actividades o grupos de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.17. El responsable de la Unidad de Calidad debe facilitar la coordinación entre niveles asistenciales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.18. El responsable de la Unidad de Calidad participa en el diseño de los puestos de trabajo de los miembros de la unidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.19. El responsable de la Unidad de Calidad evalúa su liderazgo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.20. La Unidad de Calidad define su cartera de servicios y tiene definida sus responsabilidades en sus diferentes ámbitos de actuación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19 MÁS PROPUESTAS SOBRE "LIDERAZGO" QUE QUIERA APORTAR

Criterio 2: ESTRATEGIA

20

¿Cómo valorar cada estándar?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

En desacuerdo Ni de acuerdo De acuerdo

 ni en desacuerdo

21

ESTRATEGIA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.1. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, los objetivos estan alineados con los de la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se dispone de la opinión de los ciudadanos y de las personas de la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se incluyen las necesidades relacionadas con el sistema de mejora continua de la calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4. La Unidad de Calidad dispone de un cuadro de mando que proporciona información sistemática, precisa, estructurada y periódica sobre el desarrollo de la estrategia, permitiendo la comparación con otras organizaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5. En la planificación, la Unidad de Calidad dispone de un sistema de gestión de la información más relevante, determinando quién tiene acceso a los diversos tipos de información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6. En la planificación de la Unidad de Calidad, se incorpora información procedente de la gestión por procesos y permite la gestión clínica por procesos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7. En la planificación de la Unidad de Calidad se utilizan los resultados y las tendencias de los años anteriores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8. En la planificación se incluyen los resultados económicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.9. En el plan estratégico de la organización, se incluye la mejora continua entre sus actividades prioritarias fundamentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.10. La Unidad de Calidad dispone y desarrolla un plan de calidad que está aprobado, es vigente, dispone de los recursos necesarios para su implantación, se revisa con la periodicidad prevista y se da a conocer a todas las personas de la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.11. El Plan de calidad define sus objetivos, la estructura organizativa propia, el modelo metodológico en que se sustenta, los procedimientos de funcionamiento y los recursos asignados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.12. El plan de calidad identifica oportunidades de mejora y establece los procedimientos de priorización de las actuaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.13. La Unidad de Calidad define como identificar y desplegar los diferentes proyectos de mejora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.14. El plan de calidad tiene una persona responsable de calidad y de seguridad de los pacientes escogida por la dirección de la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.15. La Unidad de Calidad define un responsable de calidad en cada servicio para facilitar el despliegue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.16. La Unidad de Calidad identifica y define los procesos clave que estan alineados con la estrategia y son coherentes con el despliegue del plan de calidad y se revisan anualmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.17. El Plan de Calidad establece los indicadores clave que le permiten evaluar la efectividad del plan y monitorizar las estructuras, los procesos y los resultados, tanto clínicos como de gestión, de la organización asegurando la evaluación mediante criterios explícitos y transparentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.18. La organización tiene definido como ha de comunicar internamente la estrategia de calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22 MÁS PROPUESTAS DE ESTÁNDARES SOBRE "ESTRATEGIA" QUE QUIERA APORTAR

Criterio 3: PERSONAS

23

¿Cómo valorar cada estándar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En desacuerdo			Ni de acuerdo ni en desacuerdo			De acuerdo		

24 PERSONAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.1. El plan de formación incluye acciones formativas para todo el personal sobre calidad, mejora continua, y seguridad del paciente, basándose en los objetivos institucionales, los resultados de las encuestas de satisfacción y de la eficacia de la formación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. El plan de formación prevé la formación de formadores en materia de calidad y seguridad de pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3. Se evalúa el resultado de la formación en materia de calidad, mejora continua y seguridad de paciente: satisfacción, adquisición de conocimientos y eficacia de la formación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4. Existen uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades susceptibles de mejoras detectadas por la organización en calidad y seguridad del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5. La Unidad de calidad participa en la formación periódica de los profesionales en temas de calidad y seguridad del paciente, incluyendo los de nueva incorporación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25 MÁS PROPUESTAS DE ESTÁNDARES SOBRE "PERSONAS" QUE QUIERA APORTAR

Criterio 4: ALIANZAS Y RECURSOS

26

¿Cómo valorar cada estándar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En desacuerdo			Ni de acuerdo ni en desacuerdo			De acuerdo		

27 ALIANZAS Y RECURSOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.1. El centro identifica y detalla el soporte externo que la gestión de la calidad requiere (acreditaciones, certificaciones, consultoras, asesorías)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2. La Unidad de Calidad dispone de un presupuesto específico para la realización de sus funciones, lo conoce y participa en su formulación y seguimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3. La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4. La Unidad de Calidad dispone de un espacio físico identificable y suficiente para el desarrollo adecuado de sus funciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5. La Unidad de Calidad identifica para cada Unidad Funcional y proceso el profesional de referencia en lo que se refiere a la gestión de la calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6. La Unidad de Calidad promueve y establece acuerdos de colaboración con Asociaciones de Pacientes, Sociedades Científicas, Asociaciones de promoción de la calidad...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.7. Las alianzas formales interinstitucionales se sustentan en convenios explícitos en los que se identifican los objetivos perseguidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.8. La Unidad de Calidad dispone de un sistema de información que le permite la realización de sus funciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.9. El Plan de Calidad se difunde y comunica adecuadamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28 MÁS PROPUESTAS DE ESTÁNDARES SOBRE "ALIANZAS Y RECURSOS" QUE QUIERA APORTAR

30 PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.1. La Unidad de Calidad ha identificado sus procesos, productos y servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2. La Unidad de Calidad ha identificado sus sus "grupos de interés" con sus respectivas expectativas y necesidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3. La Unidad de Calidad tiene establecida una estrategia y una metodología para la selección e implantación de procesos y su gestión: diseño, procedimientos, diagramas de flujo, indicadores, DAFO y responsable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.4. La Unidad de Calidad tiene un un "propietario" del proceso, que asume el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos, con autoridad funcional sobre todos los profesionales intervinientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.5. La Unidad de Calidad dispone de "indicadores clave" que permita monitorizar su rendimiento y evaluar periódicamente su propuesta de valor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.6. La Unidad de Calidad elabora una memoria anual presentada a la Dirección que recoja los resultados claves y todas las acciones llevadas a cabo derivadas del Plan estratégico o del Plan de gestión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.7. La Unidad de Calidad tiene identificados y priorizados los procesos asistenciales y no asistenciales, con la definición de los procedimientos que aplican	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.8. La Unidad de Calidad identifica oportunidades de mejora continua de sus procesos, métodos y procedimientos, mediante un modelo de mejora continua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.9. La Unidad de Calidad utiliza los datos de los indicadores para mejorar los procesos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.10. La Unidad de Calidad establece objetivos de mejora de las áreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.11. La Unidad de Calidad lleva a cabo acciones para estimular la creatividad e innovación en los profesionales para mejorar los procesos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.12. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes internos y externos, sus expectativas y necesidades y utiliza estos datos para el desarrollo de sus productos y servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.13. La Unidad de Calidad diseña y desarrolla junto a los profesionales, nuevos productos y servicios que añaden valor para estos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.14. La Unidad de Calidad dispone de procedimientos internos relacionados con los procesos que desarrolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.15. La Unidad de Calidad participa en los procesos de certificación y acreditación que se realizan en el centro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.16. La Unidad de Calidad participa en auditoria periódicas enfocadas a la mejora continua, en los diferentes servicios del centro y con una planificación específica según requerimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.17. Los incidentes / eventos adversos generados durante el proceso asistencial se identifican, registran, analizan y se corrigen, mediante metodologías validadas (por ejemplo: análisis causa-raíz (ACA), AMFE o modelo de fallos y sus efectos,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.18. La Unidad de Calidad vela por la existencia de procedimientos relacionados con la Seguridad del Pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.19. El centro dispone guías asistenciales (guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos específicos, vías...) consensuados y basados en la evidencia científica actual, incorporando recomendaciones de buenas prácticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.20. Se establecen los circuitos de revisión y plazos de vigencia de la documentación de calidad y vela por su cumplimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.21. Se evalúa la práctica asistencial mediante la evaluación de la adherencia a las guías asistenciales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.22. La Unidad de calidad realiza seguimiento de los indicadores clave tanto de Calidad como específicamente de la Seguridad del Paciente, evalúa las tendencias y participa en la definición de las áreas de mejora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.23. La Unidad de calidad realiza sesiones de difusión a los profesionales de los resultados de indicadores claves (incluyendo las notificaciones de incidentes y eventos adversos), de las prácticas evaluadas, de las áreas de mejora definidas y de las mejoras implementadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.24. La Unidad de calidad fomenta la comunicación con los profesionales y la participación de estos en el proceso del ciclo de mejora (PDCA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.25. La Unidad de calidad fomenta la comunicación con la Dirección del centro y le hace partícipe de toda la información relevante para la gestión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.26. La Unidad de calidad realiza seguimiento de la actividad de las diferentes comisiones definidas en el centro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31 MÁS PROPUESTAS DE ESTÁNDARES SOBRE "PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS" QUE QUIERA APORTAR

Criterio 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES

32

¿Cómo valorar cada estándar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo			De acuerdo				

33 RESULTADOS EN LOS CLIENTES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.1. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes sobre los servicios ofrecidos por la Unidad de Calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto al grado de accesibilidad a los servicios ofrecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto a la confidencialidad en el uso de sus datos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4. La Unidad de Calidad evalúa las incidencias de transgresión de la LOPD en el ámbito que le corresponde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.5. La Unidad de Calidad mide el número y el tiempo de respuesta de reclamaciones recibidas, agradecimientos y sugerencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6. La Unidad de Calidad mide el número de solicitudes de soporte técnico o metodológico en Calidad generados desde las Unidades Funcionales del Centro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.7. La Unidad de Calidad mide la participación de los miembros y los resultados de los objetivos realizados por las Comisiones y Grupos de Trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34 MÁS PROPUESTAS DE ESTÁNDARES SOBRE "RESULTADOS EN CLIENTES" QUE QUIERA APORTAR

Criterio 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS

35

¿Cómo valorar cada estándar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo			De acuerdo				

36 RESULTADOS EN LAS PERSONAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.1. Se mide el grado de conocimiento, aceptación y participación en el plan de calidad y seguridad del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.2. Se mide el número de personas de la organización que participa en grupos de calidad y seguridad de pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.3. Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en calidad, seguridad del paciente y mejora continua.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.4. Se mide periódicamente el porcentaje de personas que trabajan en el ámbito de calidad que han mejorado sus competencias en relación a la evaluación de la adecuación persona-puesto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.5. Se mide el grado de actividades de docencia, investigación e innovación realizadas por la Unidad de Calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37 MÁS PROPUESTAS DE ESTÁNDARES SOBRE "RESULTADOS EN PERSONAS" QUE QUIERA APORTAR

Criterio 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

38

¿Cómo valorar cada estándar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En desacuerdo	Ni de acuerdo			De acuerdo				
	ni en desacuerdo							

39 RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.1. Se cuantifica el número de profesionales y de días de estancia de profesionales externos a la organización y que desarrollan actividades de aprendizaje en la gestión de la calidad del Centro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2. Se cuantifica el número de actividades formativas e informativas y el número de participantes, realizadas por los miembros de la Unidad de Calidad y dirigidas a personas externas a la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3. Se cuantifica la participación en asociaciones de participación ciudadana u otras administraciones en temas vinculados a la mejora de la calidad de sus ámbitos de competencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4. Se cuantifican las apariciones /menciones en prensa estatal/local, radio o TV a consecuencia de las actividades propias de la Unidad de Calidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.5. Se cuantifican las visitas a las páginas web propias de la Unidad de Calidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.6. Se cuantifican los proyectos comunes con otras Unidades de Calidad de otras instituciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.7. Se cuantifican los premios y/o reconocimientos a personas o instituciones externas que la Unidad de Calidad ha realizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.8. Se cuantifica el número de publicaciones en revistas especializadas y no especializadas internacionales o nacionales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.9. Se cuantifica el promedio del factor de impacto (u otros sistemas de medida) de las publicaciones científicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.10. Se cuantifica el número de ponencias aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.11. Se cuantifica el número de comunicaciones aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.12. Se cuantifica el número de premios/reconocimientos recibidos en la Unidad de Calidad por parte de entidades externas a la organización (instituciones, medios de comunicación, entidades científicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40 MÁS PROPUESTAS DE ESTÁNDARES SOBRE "RESULTADOS EN LA SOCIEDAD" QUE QUIERA APORTAR

Criterio 9: RESULTADOS CLAVE

41

¿Cómo valorar cada estándar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
En desacuerdo	Ni de acuerdo			De acuerdo				
	ni en desacuerdo							

42 RESULTADOS CLAVE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.1. Se mide el grado de cumplimiento de los objetivos fijados por la Unidad de Calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2. Se mide el grado de actualización de los protocolos y otros documentos estandarizados existentes en la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.3. Se mide el número de acontecimientos adversos analizados mediante metodologías validadas (Como ejemplo: Análisis causa-raíz (ACA), AMFE: modelo de fallos y sus efectos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.4. Se evalúan los resultados y las acciones de mejora propuestas (en los indicadores de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.5. Se mide el grado de soporte que da la Unidad de Calidad en los procesos de acreditación y/o certificaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.6. Se mide el funcionamiento de las comisiones, los grupos de trabajo, grupos de mejora o comités existentes en la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.7. Se miden los resultados y el grado de cumplimiento de las acciones de mejora derivadas de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.8. Se mide el grado de difusión de los resultados de calidad de la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43 MÁS PROPUESTAS DE ESTÁNDARES SOBRE "RESULTADOS CLAVE" QUE QUIERA APORTAR



Anexo 2. Carta de compromiso. Estudio multicéntrico piloto.



Carta de compromiso.

CARTA DE COMPROMISO (y hoja de firmas)

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE PILOTAJE DEL MODELO Y SISTEMA PROVISIONALES DE ACREDITACIÓN DE ESTÁNDARES DE UNIDADES DE CALIDAD EN CENTROS SANITARIOS ESPAÑOLES

El/La directora general, o Gerente (Nombre y apellidos): _____, con DNI: _____, y correo electrónico: _____, del centro (nombre completo del centro): _____, CIF del centro: _____.

Ámbito de atención del equipo de calidad (primaria, hospitalaria, sociosanitaria y salud mental) (1 o más de los anteriores): _____

CONFIRMO

- Que he LEÍDO los objetivos, las definiciones, los criterios de participación, y el cronograma del estudio de pilotaje propuesto por la SECA.
- Que el tiempo de funcionamiento del equipo de calidad y de su responsable, tienen una experiencia y antigüedad mínima de 2 años.

ACEPTO

- La participación en el estudio de pilotaje del equipo de calidad de mi centro denominado (nombre del equipo de calidad): _____
- Realizar y cumplimentar adecuadamente, según el manual, la autoevaluación.
- Enviarla antes del 15 de mayo al comité de pilotaje.
- Realizar y facilitar una evaluación externa, si se planteara, para comprobar la veracidad de los datos aportados en la autoevaluación.
- Adjuntar al final de esta carta un anexo electrónico (archivo, word u otro) con el organigrama institucional y el equipo de calidad descrito en el mismo, su dependencia y la prueba de funcionamiento mínima de 2 años, tanto del equipo como del responsable del mismo.

Así mismo, DESIGNO como responsable de la autoevaluación, por delegación a (nombre y apellidos del responsable del equipo de calidad del centro): _____, y correo electrónico (del responsable del equipo de calidad): _____

- Firma del /la directora/a general, o Gerente (rellene esta carta, imprima el documento, fírmelo, escanéelo y envíelo a la dirección electrónica citada abajo).
- Firma del responsable del equipo de calidad del centro (rellene esta carta, imprima el documento, fírmelo, escanéelo y envíelo a la dirección electrónica citada abajo).

Enviar esta carta de compromiso: (correo electrónico del coordinador del estudio) _____

En caso de no poder terminar el estudio de pilotaje se deberá enviar a: (correo electrónico del coordinador del estudio) _____ **un correo electrónico dándose de baja del estudio.**

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE PILOTAJE DEL MODELO Y SISTEMA PROVISIONALES DE ACREDITACIÓN DE ESTÁNDARES DE UNIDADES DE CALIDAD EN CENTROS SANITARIOS ESPAÑOLES



Anexo 3. Consentimiento informado. Estudio multicéntrico.

CARTA DE COMPROMISO

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE PILOTAJE DEL MODELO Y SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE ESTÁNDARES DE UNIDADES DE CALIDAD EN CENTROS SANITARIOS ESPAÑOLES



Objetivo: establecer el compromiso para realizar un estudio piloto (pilotaje) del modelo y sistema de acreditación de Unidades de Calidad, mediante la evaluación de una primera versión de los estándares de calidad que ha desarrollado la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), a través de la participación voluntaria de centros sanitarios españoles que dispongan de unidades (servicios, dispositivos, direcciones) de calidad.

El estudio de pilotaje pretende únicamente validar, mejorar y/o modificar los estándares propuestos, las evidencias que los confirman y el modelo y sistema propuesto de acreditación, y en ningún caso implica la acreditación de las unidades participantes, ni la obtención de un resultado.

Definiciones:

- **Unidad de Calidad (Servicio, Unidad, Área, Dispositivo, Dirección):** se entiende como Unidad de Calidad aquel equipo de profesionales constituido formalmente en un centro sanitario, descrito en un organigrama jerárquico y liderado por un responsable del mismo, que se encarga de procesos relacionados con la calidad asistencial del centro en cualquiera de sus dimensiones, con una dedicación a ellas superior al 50% de su tiempo de trabajo.
- **Manual de calidad (provisional 1ª edición):** el conjunto de instrucciones necesarias para realizar la autoevaluación de los estándares en cada centro y equipo de calidad. Se dará cuando se apruebe la participación, por parte de la SECA, de cada equipo en el pilotaje.
- **Estudio piloto (pilotaje):** como herramienta científica estándar para realizar una investigación previa que permita llevar a cabo un análisis preliminar antes de iniciar la implementación definitiva final. A modo de pequeño experimento que cueste poco y que facilite detectar errores o problemas de validez, permita analizar y reestructurar el redactado de los estándares.
- **Autoevaluación:** la evaluación que realiza un equipo de calidad sobre su propio centro, sin otra participación externa, utilizando un manual de acreditación y un programa informático como herramienta.
- **Evaluación externa de la autoevaluación:** evaluación realizada por un equipo experto en calidad externo al centro, sin relación con el mismo, que evalúa los mismos estándares con los que el centro se autoevaluó, y comprueba las evidencias aportadas.
- **Estándares de calidad (primera versión):** Esta primera versión de estándares de calidad a evaluar mediante un pilotaje en los centros participantes, han sido elaborados por un primer comité científico (año 2014 – 2105), validados por un estudio Delphi en 2 rondas (año 2015) y, finalmente, por un equipo de expertos españoles en calidad (coordinadores de centros sanitarios españoles) (año 2016).
- **Evaluación de los estándares de calidad (1ª versión):** Los centros deberán autoevaluarse, a partir de esta primera versión de estándares de calidad, mediante un sencillo programa Excel con:
 - Una escala para los AGENTES FACILITADORES y para los RESULTADOS.
 - La aportación de las evidencias correspondientes que justifiquen el nivel de la escala.
 - La aportación de sugerencias para el cambio del redactado de cada estándar, si se considerara necesario.

Instituciones y profesionales participantes:

1. **Por una parte, la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)**, como responsable del desarrollo del modelo y sistema de acreditación de estándares en Unidades de Calidad. Los profesionales responsables de liderar el pilotaje por parte de la SECA, son aquellos designados por la misma, siendo el Dr. Andreu Aloy el designado para liderar esta línea estratégica de SECA.
2. **Por otra, la participación voluntaria de centros sanitarios españoles de distintos ámbitos de atención:** primaria, hospitalaria, sociosanitaria y salud mental. La representación de cada centro estará representada por el director/a general o gerente, quien delegará en la participación en el responsable de la Unidad de Calidad o en quién estime conveniente.

Criterios para la participación en el pilotaje

1. **Los centros participantes** deberán disponer, por organigrama, de un equipo de calidad, constituido formalmente en “área”, “unidad”, “servicio”, “dirección” o “dispositivo similar” con la dependencia jerárquica correspondiente.
2. **Cada equipo** tendrá un responsable del mismo; ambos, el tiempo de funcionamiento del equipo y su responsable, deberán tener una experiencia y antigüedad mínimas de 2 años.
 - a. Se deberá adjuntar el organigrama institucional con el equipo de calidad, su dependencia y la prueba de funcionamiento mínima de 2 años, tanto del equipo como del responsable de mismo.

Este aspecto es clave, pues al tratarse de un estudio de pilotaje y no de implementación, los centros participantes y sus responsables deberán tener experiencia como equipo de calidad, formalmente constituida, durante un tiempo mínimo para dar una opinión solvente y sólida.

3. **A cada equipo aceptado en el pilotaje** se le enviará el manual provisional (1ª edición) y la base de datos para la autoevaluación.
4. Cada equipo se comprometerá a:
 - a. Realizar y cumplimentar adecuadamente según el manual, la autoevaluación, y enviarla antes del 15 de mayo al comité de pilotaje.
 - b. Aceptar una evaluación externa, para comprobar la veracidad de los datos aportados en la autoevaluación.

Cronograma para la realización del pilotaje (año 2015)

- **A partir del 15 de enero**, se enviarán las “cartas de compromiso” a todos los coordinadores españoles de calidad que la SECA conoce y con la cual han colaborado los últimos años, a todos los presidentes de las sociedades de calidad autónomas españolas federadas con la SECA, y a su junta directiva.
- **Hasta el 1 de febrero** se admitirán las “cartas de compromiso” de los centros candidatos, mediante e-correo. Las cartas se dirigirán a: [correo electrónico del investigador principal](#).
- **Hasta el 15 de febrero** el comité de pilotaje de los estándares evaluará los centros candidatos.
- **El 1 de marzo** se enviarán las cartas de aceptación o rechazo a cada centro, adjuntando la base de datos para la autoevaluación y el manual.
- **Hasta el día 15 de mayo** los centros podrán remitir las autoevaluaciones de sus centros al comité del pilotaje.
- **Desde el 1 de junio hasta el 15 de junio**, aleatoriamente, algunos de los centros serán evaluados externamente por miembros del comité del pilotaje.

Agradeciendo de antemano la participación del equipo de calidad de su centro en el estudio de pilotaje, atentamente:
Dr. Manel Santiñá, Presidente de la SECA. Dr. Andreu Aloy, coordinador de la línea estratégica 1/A2 de SECA.

CARTA DE COMPROMISO (y hoja de firmas)

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE PILOTAJE DEL MODELO Y SISTEMA PROVISIONALES DE ACREDITACIÓN DE ESTÁNDARES DE UNIDADES DE CALIDAD EN CENTROS SANITARIOS ESPAÑOLES

El/La directora/a general, o Gerente (Nombre y apellidos): _____, con DNI: _____, y correo electrónico: _____, del centro (nombre completo del centro): _____, CIF del centro: _____

Ámbito de atención del equipo de calidad (primaria, hospitalaria, sociosanitaria y salud mental) (1 o más de los anteriores):

CONFIRMO

- Que he LEÍDO los objetivos, las definiciones, los criterios de participación, y el cronograma del estudio de pilotaje propuesto por la SECA,
- Que el tiempo de funcionamiento del equipo de calidad y de su responsable, tienen una experiencia y antigüedad mínimas de 2 años.

ACEPTO

- La participación en el estudio de pilotaje del equipo de calidad de mi centro denominado (nombre – equipo): _____
- Realizar y cumplimentar adecuadamente, según el manual, la autoevaluación
- **Enviarla** antes del 15 de mayo al comité de pilotaje.
- **Realizar y facilitar** una evaluación externa, si así se planteara, para comprobar la veracidad de los datos aportados en la autoevaluación.
- **Adjuntar al final de esta carta un anexo electrónico (archivo Word u otro)** con el organigrama institucional y el equipo de calidad descrito en el mismo, su dependencia y la prueba de funcionamiento mínima de 2 años, tanto del equipo como del responsable de mismo.


Así mismo, DESIGNO como responsable de la autoevaluación, por delegación a (nombre y apellidos del responsable del equipo de calidad del centro): _____, y correo electrónico (del responsable del equipo de calidad): _____

- **Firma del/la directora/a general, o Gerente** (rellene esta carta, imprima el documento, fírmelo, escanéelo y envíelo a la dirección electrónica citada debajo).
- **Firma del responsable del equipo de calidad del centro** (rellene esta carta, imprima el documento, fírmelo, escanéelo y envíelo a la dirección electrónica citada debajo).

Enviar esta carta de compromiso a: [correo electrónico del investigador principal](#)

En caso de no poder terminar el estudio de pilotaje se deberá enviar a: [correo electrónico del investigador principal](#) un correo electrónico dándose de baja del estudio.

Anexo 4. Manual del estudio piloto de estándares.

Manual	Acreditación de Unidades de Calidad	3ª ed. provisional
		
<h3>Acreditación de Unidades de Calidad</h3>		
<h2>Índice</h2>		
	Índice	Pág.
1	Justificación	3
2	Estrategia de la acreditación	5
3	Autoevaluación	10
4	Estándares	11
5	Estrategia para el pilotaje de cada estándar	25
6	Glosario de términos	29
7	Bibliografía	34
	Anexo 1. Mapa de procesos	36
	Anexo 2. Casos ejemplo	37
	Coordinador y Contacto	39

SECA - 2017

2





**Anexo 5. Listado 1º de 204 estándares propuestos por el comité.
(Variables 1 y 2)**

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (16.4.2015)
1	ENFOQUE DIRECTIVO	Las funciones, competencias y responsabilidades del responsable de la UCAL están descritas.
2		El funcionamiento de la UCAL se establece mediante un procedimiento específico.
3		La UCAL se reúne periódicamente, según se ha previsto.
4		Los documentos escritos de las reuniones del equipo la UCAL reflejan los acuerdos tomados y la distribución de responsabilidades de ejecución.
5		La UCAL mide los resultados de su área de responsabilidad, sistemática y continuadamente.
6		Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la UCAL.
7		El responsable de la UCAL debe participar en la formulación de los objetivos estratégicos de la organización.
8		La UCAL elabora los objetivos de sus áreas de responsabilidad e identifican los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos que hacen falta.
9		La UCAL tiene objetivos de sus áreas de responsabilidad, de acuerdo con los objetivos institucionales. Estos objetivos están consensuados y aprobados conjuntamente por la Dirección ejecutiva y los líderes correspondientes.
10		La UCAL participa en estructuras multidisciplinarias de asesoramiento de apoyo propias de las áreas de su responsabilidad y las promueven.
11		Hay la información necesaria para gestionar el área de responsabilidad de la UCAL.
12		Hay criterios homogéneos para la evaluación del rendimiento productivo de la UCAL.
13		La UCAL dispone de objetivos y presupuestos actualizados, en relación a su ámbito de competencia.
14		La UCAL dispone de información periódica de su ámbito que permite el seguimiento del presupuesto y la detección de desviaciones.
15		La UCAL gestiona de acuerdo con sus objetivos.
16		La UCAL revisa periódicamente la efectividad de su actuación.
17		La UCAL adopta medidas de corrección derivadas del análisis de desviaciones.
18		La UCAL evalúa la calidad del servicio que presta, sistemática y continuadamente.
19		El Plan de calidad se incorpora al Plan estratégico de la organización y es coherente con su misión.
20		La Dirección ejecutiva asume la dirección del Plan y participa activamente en sus órganos de gestión, así como en la planificación y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad.
21		Hay un procedimiento para la definición de los indicadores que permite la homogeneidad y la comparabilidad interna y externa.
22		El plan de calidad emite resultados homogéneos y objetivos, de manera periódica.
23		La organización conoce si sus proveedores tienen un sistema de calidad y lo valora.
24		La organización tiene algún sistema de control de calidad sobre sus proveedores.
25		La UCAL diseña un mecanismo para incentivar la participación del personal en actividades o grupos de trabajo.
26		El responsable de la Unidad de Calidad debe facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.
27		El responsable de la UCAL participa en el diseño de los puestos de trabajo de los miembros de la unidad.
28		El responsable de la UCAL revisa su liderazgo.
29	ENFOQUE ESTRATÉGICO	Al planificar la estrategia de la UCAL, dispone de los objetivos de la organización, que están alineados con la misión.
30		Al planificar la estrategia de la UCAL, se incluyen los objetivos, que están alineados con las estrategias de su CCAA*.
31		Al planificar la estrategia de la UCAL, se debe de disponer de la opinión de los ciudadanos.
32		Al planificar la estrategia de la UCAL, se debe de disponer de la opinión de las personas de la organización.
33		Al planificar la estrategia de la UCAL, se debe de incluir las necesidades relacionadas con el sistema de mejora continua de la calidad.
34		La UCAL incluye en el proceso de planificación la comparación con otras organizaciones.
35		La UCAL dispone de un cuadro de mandos. Debe proporcionar información sistemática, precisa, estructurada y periódica sobre el desarrollo de la estrategia).
36		En la planificación, la UCAL dispone de un sistema de gestión de la información más relevante. Al mismo tiempo, determina quién tiene acceso a diversos tipos de información.

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (16.4.2015)
37		En la planificación de la UCAL, se dispone de información en relación de los déficits de oferta asistencial.
38		La información incluida en el Plan aporta datos sobre la calidad con que se prestan los servicios.
39		En la planificación de la UCAL incorpora información procedente de la gestión por procesos.
40		La información obtenida permite la gestión clínica por procesos.
41		En la planificación de la UCAL se utilizan los resultados y las tendencias de los años anteriores.
42		En la planificación se incluyen los resultados económicos.
43		En la planificación, la UCAL tiene en cuenta la opinión de las personas de la organización respecto a los materiales asistenciales utilizados por los mismos profesionales.
44		En el plan estratégico de la organización, incluye la mejora continua entre sus actividades prioritarias fundamentales.
45		La UCAL dispone y desarrolla un plan de calidad que está aprobado, es vigente y se da a conocer a toda las personas de la organización.
46		El Plan de calidad define sus objetivos, la estructura organizativa propia, el modelo metodológico en que se sustenta, los procedimientos de funcionamiento y los recursos asignados.
47		El plan de calidad identifica oportunidades de mejora. y establece los procedimientos de priorización de las actuaciones.
48		La UCAL define como identificar y desarrollar los diferentes proyectos de mejora.
49		El plan de calidad incluye actividades relacionadas con la seguridad de los pacientes.
50		El plan de calidad tiene una persona responsable escogida por la dirección de la organización.
51		El Plan de calidad prevé los recursos necesarios para su implementación.
52		El Plan de calidad establece objetivamente los resultados esperados como consecuencia de las actuaciones.
53		La UCAL identifica y define los procesos clave que están alineados con la estrategia.
54		Los líderes planifican y priorizan los objetivos, actividades y planes de mejora de los procesos, de acuerdo con la política y estrategia, con periodicidad mínima anual.
55		Los procesos clave se integran y son coherentes con el despliegue del Plan de calidad.
56		Hay un procedimiento conocido por la organización para la priorización de los procesos clave y de sus objetivos, actividades y planes de mejora.
57		Se designa un responsable propietario del proceso, que tendrá la colaboración de un equipo formado por personas conectoras del proceso.
58		Todo el equipo ayudará al responsable a definir el proceso, marcar los objetivos, elaborar los planes de mejora y los indicadores de calidad.
59		Hay un calendario de reuniones entre la dirección y los líderes, con el fin de revisar los objetivos, las actividades y los planes de mejora preparados por los diferentes servicios.
60		El responsable propietario del proceso y el equipo definirán quién tiene que implantar las mejoras del proceso y las difundirán.
61		El responsable propietario del proceso y el equipo revisarán y evaluarán la efectividad de las mejoras, con el fin de alcanzar y mantener la mejora de la calidad.
62		Los procesos clave se revisan anualmente, de acuerdo con la política y estrategia de la organización.
63		El Plan establece los indicadores clave para monitorizar las estructuras, los procesos y los resultados, tanto clínicos como de gestión, de la organización.
64	ENFOQUE ESTRATÉGICO	Hay un procedimiento para la evaluación de la efectividad del Plan de calidad.
65		El Plan de calidad es revisado y modificado con la periodicidad prevista.
66		La organización tiene definido como ha de comunicar internamente la estrategia.
67		La UCAL tiene conocimiento de la política y estrategia, previamente a la definición y puesta en marcha de sus propios objetivos.
68	PROFESIONALES	Hay un responsable / jefe de calidad identificado y que forme parte de la dirección.
69		Hay una normativa específica de funcionamiento y de delimitación de atribuciones y responsabilidades del personal en formación en las Unidades de Calidad.
70		Existe un plan de acogida del nuevo personal, sea este estable o temporal, donde conste el marco procedimental que regirá sus trabajos.
71		Están descritos los puestos de trabajo existentes en la unidad de calidad.
72		La organización dispone de un mecanismo de evaluación y adecuación de las capacidades del personal de la unidad de calidad basado en la descripción del puesto de trabajo que ocupa cada persona.

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (16.4.2015)
73		El plan de formación incluye la formación para todo el personal sobre calidad, mejora continua y seguridad del paciente.
74		El plan de formación prevé la evaluación, por parte del personal de la organización, del grado de satisfacción sobre cada curso formativo realizado.
75		La organización designa las personas responsables de la formación del personal en materia de calidad y seguridad del paciente.
76		Se realizan encuestas de satisfacción a los receptores de la formación en materia de calidad.
77		El plan de formación en calidad, mejora continua y seguridad del paciente se revisa y actualiza con la periodicidad prevista, objetivamente, y se modifica, en su caso, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.
78		Hay unos criterios explícitos para la creación de los grupos de trabajo, de acuerdo con la estrategia de la organización.
79		Hay un / a responsable aceptado / a por los líderes o por el mismo grupo.
80		Hay uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades asistenciales, la calidad de la documentación y el trato de la misma y la calidad y seguridad del paciente.
81		"Se analizan las causas que pueden dar lugar a acontecimientos adversos, mediante metodología validada. Como ejemplo: Análisis causa-raíz (ACA), AMFE: modelo de fallos y sus efectos," "5 porque", Diagrama de Ishikawa".
82		La organización revisa y actualiza periódicamente los criterios establecidos, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.
83		La dirección ejecutiva y los líderes impulsan y se implican en la difusión e implantación de los diversos procedimientos.
84		La dirección revisa y actualiza los diversos procedimientos periódicamente, de acuerdo con lo que esté establecido en la organización.
85	RECURSOS Y ALIANZAS	El centro identifica y detalla el soporte externo que la gestión de la calidad requiere (acreditaciones, certificaciones, consultoras, asesorías...).
86		La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad.
87		La Unidad de Calidad dispone de un plan para fomentar la detección, el afloramiento, el desarrollo, la organización y la difusión del conocimiento colectivo sobre Calidad (identificación de necesidades y oportunidades, sistemas de comunicación interna adecuados y evaluación de resultados).
88	GESTIÓN POR PROCESOS	La Unidad de Calidad tiene establecida una metodología para la selección de procesos.
89		Las variables que utiliza el método de selección de procesos incluyen, al menos, los más frecuentes, los más costosos, los de mayores complicaciones y los de mayor complejidad.
90		El Servicio tiene establecida una metodología para diseñar los procesos de principio a fin.
91		El método para el diseño de procesos, métodos y procedimientos incluye, el inicio y la terminación, el diagrama de flujo o flujograma, los profesionales intervinientes, las actividades y pruebas aplicadas, los indicadores y el responsable.
92		Se ha establecido formalmente una estrategia de gestión por procesos, lo que se acredita documentalmente.
93		La Unidad de Calidad tiene un directivo "propietario" del proceso, que asume el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos, con autoridad funcional sobre todos los profesionales intervinientes.
94		La estrategia de gestión por procesos introduce cambios en la estructura organizativa ("la estrategia precede a la estructura") aplanando el organigrama jerárquico y potenciando el organigrama funcional.
95		La Unidad de Calidad identifica oportunidades de mejora continua de sus procesos, métodos y procedimientos, mediante autoevaluación EFQM.
96		La Unidad de Calidad prioriza las oportunidades de mejora mediante la aplicación de cuatro variables ponderadas: impacto en pacientes, impacto en resultados clave, necesidad y factibilidad.
97		La Unidad de Calidad utiliza los datos de los indicadores internos de rendimiento para mejorar los procesos.
98		La Unidad de Calidad establece objetivos de mejora de sus procesos.
99		La Unidad de Calidad lleva a cabo acciones para estimular la creatividad e innovación en sus empleados para mejorar los procesos.
100		La Unidad de Calidad analiza la demanda para determinar las necesidades y expectativas actuales de los clientes en cuanto a productos y servicios.

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (16.4.2015)
101		La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes y utiliza estos datos para el desarrollo de sus productos y servicios.
102		La Unidad de Calidad identifica anticipadamente mejoras en los productos o servicios, adelantándose a las necesidades y expectativas de los clientes.
103		La Unidad de Calidad diseña y desarrolla, junto a clientes, nuevos productos y servicios que añadan valor para los clientes, lo que acredita documentalmente.
104		La Unidad de Calidad diseña y desarrolla, junto a los colaboradores, nuevos productos y servicios que añadan valor para los clientes.
105		La Unidad de Calidad analiza el impacto de las nuevas tecnologías en las necesidades y expectativas de clientes, para mejorar los procesos.
106		La Unidad de Calidad fomenta y potencia la creatividad, capacidad de innovación y competencias clave de sus profesionales en la creación de servicios competitivos.
107		La Unidad de Calidad participa en la definición del plan de Calidad del centro.
108		La Unidad de Calidad participa en la definición del plan de Gestión de riesgo del centro.
109		La Unidad de Calidad participa en la definición de su cartera de servicios.
110		La Unidad de Calidad tiene definida sus responsabilidades en sus diferentes ámbitos de actuación.
111		La Unidad de calidad dispone de procedimientos internos relacionados con los procesos que desarrolla.
112		La Unidad de calidad participa en los procesos de certificación y acreditación que se realizan en el centro.
113		La Unidad de calidad participa en auditoría periódicas en los diferentes servicios del centro y con una planificación específica según requerimientos.
114		La Unidad de Calidad tiene un plan de gestión de riesgos, de detección y prevención de eventos adversos en los pacientes.
115		Las complicaciones derivadas del proceso asistencial se identifican, registran, analizan, evalúan y se corrigen, según el procedimiento operativo previsto y son revisadas por la Unidad de Calidad.
116		Los incidentes / eventos adversos generados durante el proceso asistencial se identifican, registran, analizan, evalúan y se corrigen, según el procedimiento operativo previsto y son revisados por la Unidad de Calidad y por la Dirección del centro.
117		Existe un plan para el uso seguro del medicamento y contempla su evaluación.
118		Existe un plan de control de la infección y contempla su evaluación.
119		Existe un plan de extracción segura y contempla su evaluación.
120		Existe un protocolo de cirugía segura y contempla su evaluación.
121		Existe un protocolo de caídas y contempla su evaluación.
122		Existe un protocolo de contenciones y contempla su evaluación.
123		Existe un protocolo de uso seguro de la sangre y contempla su evaluación.
124		Existe un protocolo de atención a poblaciones especialmente vulnerables: niños, psiquiátricos, deterioro cognitivo, exclusión social.
125		Existe un protocolo de actuación ante una emergencia sanitaria y contempla su evaluación.
126		El Servicio acredita la existencia de procedimientos escritos, consensuados al menos por el hospital, sobre hemoterapia.
127		Los servicios del centro disponen de protocolos, procedimientos específicos, vías o guías de práctica clínica, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y en un número suficiente que garanticen que los procesos clínicos más frecuentes (80% del total) y más críticos se ejecutan con un nivel de calidad asistencial acorde con la evidencia científica disponible en el momento presente.
128		El Servicio dispone de procedimientos y planes de cuidados escritos, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y especifica aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general. Por ejemplo: Sondaje gástrico, uretral, acceso arterial y venoso, periférico y central, lavado gástrico, vendajes, inmovilizaciones.
129		Se evalúa la práctica asistencial mediante la evaluación de la implementación de protocolos o vías clínicas.
130		La Unidad de calidad realiza seguimiento de los indicadores clave, evalúa las tendencias y participa en la definición de las áreas de mejora.
131		La Unidad de calidad realiza difusión a los profesionales de los resultados de indicadores claves, de las prácticas evaluadas, de las áreas de mejora definidas y de las mejoras implementadas.
132		La Unidad de calidad fomenta la participación de los profesionales en el proceso de PDCA y potencia la innovación.

GESTIÓN POR PROCESOS

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (16.4.2015)	
133		La Unidad de calidad realiza seguimiento de la actividad de las diferentes comisiones definidas en el centro.	
134		El centro dispone de procedimientos escritos de actuación ante las complicaciones más frecuentes, más graves o previsibles, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y especifica aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general.	
135		Existe una política de gestión y conservación de la documentación y registros.	
136		Existe una política de homologación de productos y en que la Unidad de calidad participa periódicamente.	
137		La Unidad de calidad participa en la formación periódica de los profesionales en temas de calidad y seguridad del paciente.	
138		La Unidad de calidad participa en la formación específica de los profesionales de nueva incorporación en temas de calidad y seguridad del paciente.	
139		La Unidad de calidad participa en la definición de las competencias de los profesionales en temas de calidad y seguridad del paciente.	
140		La Unidad de calidad realiza sesiones de formación continuada, introduciendo aspectos novedosos basados en la evidencia científica.	
141		La Unidad de calidad realiza sesiones de mejora de la calidad en las que se analizan los indicadores, así como el análisis de las notificaciones de incidentes y eventos adversos.	
142		La Unidad de calidad documenta la existencia de actividades de investigación, trabajos científicos, comunicaciones, ponencias, publicaciones y otros.	
143		La Unidad de calidad supervisa la implementación del plan de mantenimiento preventivo tanto de estructura como de aparataje.	
144		GESTIÓN POR PROCESOS	Existe un procedimiento escrito destinado al mantenimiento y reposición del instrumental clínico (incluido material fungible) y de la medicación en todas las áreas del centro.
145			Existe un procedimiento escrito de control manejo de tóxicos y contempla su evaluación.
146			Existe un procedimiento escrito de control de temperatura de neveras de fármacos y de alimentos para pacientes y contempla su evaluación.
147	Existe un procedimiento escrito de reciclaje de materiales fungibles utilizados en el Servicio acorde a las normativas de respeto al medio ambiente.		
148	Existe un procedimiento escrito destinado al mantenimiento y reposición del instrumental clínico (incluido material fungible) y de la medicación en todas las áreas del Servicio.		
149	Existe una política de gestión documental en que se dispone, revisa y actualiza sistemáticamente los protocolos clínico-asistenciales (no > 3 años).		
150	La Unidad de Calidad dispone, revisa y actualiza sistemáticamente los procedimientos generales y específicos propios.		
151	La Unidad de Calidad tiene un sistema de monitorización de indicadores de calidad de su Unidad.		
152	La Unidad de Calidad recoge las indicaciones que los clientes comunican a los profesionales en su contacto habitual con ellos.		
153	La Unidad de Calidad introduce en los procesos las indicaciones que los clientes comunican a los profesionales en su contacto habitual con ellos.		
154	La Unidad de Calidad define la política de evaluación de la satisfacción y expectativas de los usuarios, tanto por lo que se refiere a técnica de evaluación, la revisión de resultados y la definición e implementación de acciones de mejora. Introduce en los procesos las indicaciones que los clientes comunican a los profesionales en su contacto habitual con ellos.		
155	En el centro se gestionan las quejas y reclamaciones de manera eficiente, existiendo un proceso diseñado para esta finalidad.		
156	La Unidad de Calidad analiza periódicamente la información de la Unidad Funcional de Atención al Cliente (UFAC) o Servicio de Atención al Usuario (SAU), del informe estadístico sobre las mismas y utiliza esta información en la mejora de los procesos asistenciales.		
157	RESULTADOS EN LOS PACIENTES		La UCAL mide la percepción de los clientes sobre los servicios ofrecidos por la organización.
158		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto al grado de accesibilidad a los servicios ofrecidos.	
159		La UCAL mide la percepción del cliente respecto a cualquier discriminación en el momento de ser atendido.	
160		La UCAL mide el grado de conformidad del cliente y su entorno relacional con el trato recibido	
161		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto a la confidencialidad en el uso de sus datos.	
162		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto al mantenimiento de su privacidad y dignidad.	

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (16.4.2015)
163	RESULTADOS EN LOS PACIENTES	La UCAL mide la percepción de los clientes respecto a la hostelería y condiciones ambientales durante su ingreso.
164		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto a la lencería y lavandería.
165		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto a la calidad de los alimentos recibidos.
166		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto a la posibilidad de expresar sus derechos.
167		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto al cumplimiento de sus derechos y voluntades.
168		La UCAL mide la percepción global de los clientes respecto al servicio recibido.
169		La UCAL mide el número de reclamaciones recibidas, agradecimientos y sugerencias.
170		La UCAL mide el tiempo de respuesta a las reclamaciones, agradecimientos y sugerencias.
171		La UCAL cuantifica y cualifica las altas voluntarias.
172		La UCAL mide el grado de cumplimiento de obtención del consentimiento informado sobre prestaciones determinadas.
173	RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES	Se mide el grado de conocimiento, aceptación y participación en el plan de calidad y seguridad del paciente.
174		Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en calidad, seguridad del paciente y mejora continua.
175	RESULTADOS SOCIALES	Se cuantifica el número de profesionales y de días de estancia de profesionales externos a la organización y que desarrollan actividades de aprendizaje en la gestión de la calidad del Centro.
176		Se cuantifica el número de actividades formativas/informativas y el número de participantes, realizadas por los miembros de la Unidad de Calidad y dirigidas a personas externas a la organización.
177		Se cuantifica el número de actividades divulgativas realizadas por los miembros de la UCAL y dirigidas a personas o colectivos externos a la organización.
178		Se cuantifica la participación en asociaciones de participación ciudadana, de Ayuntamientos u otras administraciones en temas vinculados a la mejora de la calidad de sus ámbitos de competencia.
179		Se cuantifican las apariciones /menciones en prensa estatal/local, radio o TV a consecuencia de las actividades propias de la UCAL.
180		Se cuantifican las visitas a las páginas web propias de la UCAL.
181		Se cuantifican los proyectos comunes con otras Unidades de Calidad de otras instituciones.
182		Se cuantifican los premios y/o reconocimientos a personas o instituciones externas que la UCAL ha realizado.
183		Se cuantifica el número de publicaciones en revistas especializadas internacionales o nacionales.
184		Se cuantifica el promedio del factor de impacto (u otros sistemas de medida) de las publicaciones científicas.
185		Se cuantifica el número de ponencias aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.
186		Se cuantifica el número de comunicaciones aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.
187		Se cuantifica el número de posters aceptados en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.
188		Se cuantifica el número de premios/reconocimientos recibidos en la UCAL por parte de entidades externas a la organización.
189		Se cuantifica el número de reconocimientos a la calidad procedentes de los clientes y/o proveedores en medios de comunicación.
190		Se cuantifica el número de premios/reconocimientos recibidos en la UCAL por parte de entidades científicas.
191		Se cuantifica el número de publicaciones en revistas no especializadas internacionales o nacionales.
192	RESULTADOS ADMINISTRATIVOS	Se mide el grado de cumplimiento de los objetivos fijados por la UCAL.
193		Se mide el número de objetivos de calidad conseguidos sobre el total previsto en la institución.
194		Se mide el grado de actualización de los protocolos y otros documentos estandarizados existentes en la organización.

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (16.4.2015)
195		Se evalúan los resultados y se proponen acciones de mejora sobre la mortalidad en el área de urgencias y los motivos, los grupos de mejora o comisiones correspondientes o comités de mortalidad.
196		Se evalúan los resultados y se proponen acciones de mejora sobre los acontecimientos adversos en el centro, a los grupos de mejora o comisiones correspondientes o comités de seguridad.
197		Se evalúan los resultados y se proponen acciones de mejora sobre las contenciones existentes en la organización, a los grupos de mejora o comisiones o comités de seguridad.
198		Se evalúan los resultados y se proponen acciones de mejora sobre la aparición de úlceras por presión de origen nosocomial relacionadas con la sedestación de los clientes, a los grupos de mejora o comisiones correspondientes o comités de seguridad.
199		Se evalúan los resultados y se proponen acciones de mejora sobre la mortalidad en el centro, a los grupos de mejora o comisiones correspondientes o comités de seguridad.
200		Se miden los clientes atendidos según los protocolos u otros documentos estandarizados de actos clínicos.
201		Se evalúan los resultados y se proponen acciones de mejora sobre las complicaciones anestésicas y quirúrgicas / obstétricas, a los grupos de mejora o comisiones correspondientes o comités de seguridad.
202		Se evalúan los resultados y se proponen acciones de mejora sobre las reintervenciones, a los grupos de mejora o comisiones correspondientes o comités de seguridad.
203		Se mide el porcentaje de formalización del consentimiento informado.
204		Se mide la calidad en los registros específicos de la organización.

CCAA: Comunidades Autónomas. UCAL: Unidades de Calidad.



**Anexo 6. Estándares consensuados y propuestos con el Metaplan.
(listado 2.º) (Variable 3).**

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (1ª revisión)
1	ENFOQUE DIRECTIVO	Las funciones, competencias y responsabilidades del responsable de la UCAL están descritas.
2		La UCAL se reúne periódicamente, según se ha previsto y los documentos escritos de las reuniones del equipo la UCAL reflejan los acuerdos tomados y la distribución de responsabilidades de ejecución.
3		La UCAL mide los resultados de su área de responsabilidad, sistemática y continuadamente.
4		Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la UCAL.
5		El responsable de la UCAL debe participar en la formulación de los objetivos estratégicos de la organización.
6		La UCAL elabora y dispone los objetivos de sus áreas de responsabilidad e identifican los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos que hacen falta. Estos objetivos están consensuados y aprobados conjuntamente por la Dirección ejecutiva y los líderes correspondientes.
7		La UCAL participa en estructuras multidisciplinares de asesoramiento de apoyo propias de las áreas de su responsabilidad y las promueven.
8		Hay la información necesaria para gestionar el área de responsabilidad de la UCAL, de acuerdo con sus objetivos.
9		Hay criterios homogéneos para la evaluación del rendimiento y la efectividad UCAL y adopta medidas de corrección derivadas de su evaluación.
10		La UCAL evalúa la calidad del servicio que presta, sistemática y continuadamente.
11		El Plan de calidad se incorpora al Plan estratégico de la organización y es coherente con su misión.
12		La Dirección ejecutiva asume la dirección del Plan y participa activamente en sus órganos de gestión, así como en la planificación y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad.
13		Hay un procedimiento para la definición de los indicadores que permite la homogeneidad y la comparabilidad interna y externa.
14		El plan de calidad emite resultados homogéneos y objetivos, de manera periódica.
15		La organización tiene un sistema de control de calidad sobre sus proveedores y conoce si ellos disponen de algún sistema.
16		La UCAL diseña un mecanismo para incentivar la participación del personal en actividades o grupos de trabajo.
17		El responsable de la Unidad de Calidad debe facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.
18		El responsable de la UCAL participa en el diseño de los puestos de trabajo de los miembros de la unidad.
19		El responsable de la UCAL revisa su liderazgo.
20	ENFOQUE ESTRATÉGICO	Al planificar la estrategia de la UCAL, dispone de los objetivos de la organización que están alineados con la misión y las estrategias de la Comunidad Autónoma.
21		Al planificar la estrategia de la UCAL, se debe de disponer de la opinión de los ciudadanos y de las personas de la organización.
22		Al planificar la estrategia de la UCAL, se debe incluir las necesidades relacionadas con el sistema de mejora continua de la calidad.
23		La UCAL dispone de un cuadro de mandos. Debe proporcionar información sistemática, precisa, estructurada y periódica sobre el desarrollo de la estrategia. Debe permitir la comparación con otras organizaciones.
24		En la planificación, la UCAL dispone de un sistema de gestión de la información más relevante. Al mismo tiempo, determina quién tiene acceso a diversos tipos de información.
25		En la planificación de la UCAL, se dispone de información en relación de los déficits de oferta asistencial.
26		La información incluida en el Plan aporta datos sobre la calidad con que se prestan los servicios.
27		En la planificación de la UCAL incorpora información procedente de la gestión por procesos y permite la gestión clínica por procesos.
28		En la planificación de la UCAL se utilizan los resultados y las tendencias de los años anteriores.
29		En la planificación se incluyen los resultados económicos.
30		En la planificación, la UCAL tiene en cuenta la opinión de las personas de la organización respecto a los materiales asistenciales utilizados por los mismos profesionales.
31		En el plan estratégico de la organización, incluye la mejora continua entre sus actividades prioritarias fundamentales.

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (1ª revisión)
32		La UCAL dispone y desarrolla un plan de calidad que está aprobado, es vigente, dispone de los recursos necesarios para su implantación, se revisa con la periodicidad prevista y se da a conocer a la organización.
33		El Plan de calidad define sus objetivos, la estructura organizativa propia, el modelo metodológico en que se sustenta, los procedimientos de funcionamiento y los recursos asignados.
34		El plan de calidad identifica oportunidades de mejora y establece los procedimientos de priorización de las actuaciones.
35		La UCAL define como identificar y desarrollar los diferentes proyectos de mejora.
36	ENFOQUE ESTRATÉGICO	El plan de calidad incluye actividades relacionadas con la seguridad de los pacientes y dispone de un responsable asignado.
37		El plan de calidad tiene una persona responsable escogida por la dirección de la organización y un responsable asignado.
38		El Plan de calidad establece objetivamente los resultados esperados como consecuencia de las actuaciones.
39		La UCAL identifica y define los procesos clave que están alineados con la estrategia y son coherentes con el despliegue del plan de calidad y se revisan anualmente.
40		Los líderes planifican y priorizan los objetivos, actividades y planes de mejora de los procesos, según un procedimiento conocido por la organización y de acuerdo con la política y estrategia, con periodicidad mínima anual.
41		Se designa un responsable propietario del proceso, que tendrá la colaboración de un equipo formado por personas conocedoras del proceso y definirá quién debe implantar las mejoras del proceso y las difundirán.
42		Todo el equipo ayudará al responsable a definir el proceso, marcar los objetivos, elaborar los planes de mejora y los indicadores de calidad.
43		Hay un calendario de reuniones entre la dirección y los líderes, con el fin de revisar los objetivos, las actividades y los planes de mejora preparados por los diferentes servicios.
44		El responsable propietario del proceso y el equipo revisarán y evaluarán la efectividad de las mejoras, con el fin de alcanzar y mantener la mejora de la calidad.
45		El Plan establece los indicadores clave que le permiten evaluar la efectividad del plan y monitorizar las estructuras, los procesos y los resultados, tanto clínicos como de gestión, de la organización.
46		La organización tiene definido como ha de comunicar internamente la estrategia.
47	PROFESIONALES	Hay un responsable / jefe de calidad identificado y que pertenece a la dirección.
48		UCAL vela porque el nuevo personal, sea este estable o temporal, conozca el marco procedimental que regirá su trabajo y donde localizarlo (protocolos, guías, vías, procedimientos, instrucciones, etc.).
49		Están descritos los puestos de trabajo existentes en la unidad de calidad (funciones, responsabilidades, formación requerida, etc.)
50		La organización dispone de un mecanismo de evaluación y adecuación de las capacidades del personal que trabaja en el ámbito de calidad basado en la descripción del puesto de trabajo que ocupa cada persona.
51		UCAL vela porque el plan de formación incluya la formación para todo el personal sobre calidad, mejora continua y seguridad del paciente.
52		Se evalúa el resultado de la formación en materia de calidad, mejora continua y seguridad de paciente: satisfacción de los receptores de la formación y eficacia de la formación.
53		la UCAL revisa y actualiza el contenido formativo a incorporar al plan de formación sobre la base de: Resultados de las encuestas de satisfacción, resultados de la eficacia de la formación y objetivos institucionales.
54		la UCAL vela por la existencia de aquellos grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades asistenciales, la calidad de la documentación y el trato de la misma y la calidad y seguridad del paciente.
55		la UCAL garantiza el análisis, en los foros pertinentes, de las causas de los acontecimientos adversos que se produzcan en la organización, mediante metodologías validadas (Como ejemplo: Análisis causa-raíz (ACA), AMFE: modelo de fallos y sus efectos, "5 porque", Diagrama de Ishikawa) y que se implanten las acciones correctivas correspondientes.

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (1ª revisión)
56		la UCAL garantiza que la institución dispone de los procesos documentados (guías de práctica clínica, protocolos, vías, procedimientos, instrucciones, etc.), que están al alcance de los profesionales que los necesitan y vela por su aplicación.
57		la UCAL establece los circuitos de revisión y plazos de vigencia de la documentación de calidad y vela por su cumplimiento.
58	RECURSOS Y ALIANZAS	El centro identifica y detalla el soporte externo que la gestión de la calidad requiere (acreditaciones, certificaciones, consultoras, asesorías...).
59		La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad.
60		La Unidad de Calidad dispone de un plan para fomentar la detección, el afloramiento, el desarrollo, la organización y la difusión del "conocimiento" colectivo sobre Calidad (identificación de necesidades y oportunidades, sistemas de comunicación interna adecuados y evaluación de resultados).
61	GESTIÓN POR PROCESOS	La Unidad de Calidad tiene establecida una estrategia y una metodología para la selección de procesos y su gestión: diseño, procedimientos, diagramas de flujo, indicadores, DAFO y responsable.
62		La Unidad de Calidad tiene un "propietario" del proceso, que asume el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos, con autoridad funcional sobre todos los profesionales intervinientes.
63		La Unidad de Calidad identifica oportunidades de mejora continua de sus procesos, métodos y procedimientos, mediante un modelo de Calidad.
64		La Unidad de Calidad utiliza los datos de los indicadores internos de rendimiento para mejorar los procesos.
65		La Unidad de Calidad establece objetivos de mejora de sus procesos.
66		La Unidad de Calidad lleva a cabo acciones para estimular la creatividad e innovación en los profesionales para mejorar los procesos.
67		La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes, sus expectativas y necesidades y utiliza estos datos para el desarrollo de sus productos y servicios.
68		La Unidad de Calidad diseña y desarrolla, junto a los profesionales, nuevos productos y servicios que se anticipen a las necesidades y expectativas de los clientes o añadan valor para estos.
69		La Unidad de Calidad fomenta y potencia la creatividad, capacidad de innovación y competencias clave de sus profesionales.
70		La Unidad de Calidad participa en la definición del plan de Calidad del centro.
71		La Unidad de Calidad participa en la definición del plan de Gestión de riesgo del centro, contemplando la detección y prevención de eventos adversos en los pacientes.
72		La Unidad de Calidad participa en la definición de su cartera de servicios y tiene definida sus responsabilidades en sus diferentes ámbitos de actuación.
73		La Unidad de Calidad dispone de procedimientos internos relacionados con los procesos que desarrolla.
74		La Unidad de Calidad participa en los procesos de certificación y acreditación que se realizan en el centro.
75		La Unidad de Calidad participa en auditoría periódicas en los diferentes servicios del centro y con una planificación específica según requerimientos.
76		Las complicaciones derivadas del proceso asistencial se identifican, registran, analizan, evalúan y se corrigen, según el procedimiento operativo previsto y son revisadas por la Unidad de Calidad.
77		Los incidentes / eventos adversos generados durante el proceso asistencial se identifican, registran, analizan, evalúan y se corrigen, según el procedimiento operativo previsto y son revisados por la Unidad de Calidad y por la Dirección del centro.
78		Existe un protocolo de identificación inequívoca de pacientes en el centro y contempla su evaluación.
79		Existe un plan para el uso seguro del medicamento y contempla su evaluación.
80		Existe un plan de control de la infección, incluyendo la higiene de manos y contempla su evaluación.
81		Existe un plan de extracción segura y contempla su evaluación.
82		Existe un protocolo de cirugía segura y contempla su evaluación.
83		Existe un protocolo de caídas y contempla su evaluación.
84		Existe un protocolo de contenciones y contempla su evaluación.
85		Existe un protocolo de uso seguro de la sangre y contempla su evaluación.

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (1ª revisión)	
86		Existe un protocolo de atención a poblaciones especialmente vulnerables: niños, psiquiátricos, deterioro cognitivo o exclusión social.	
87		Existe un protocolo de actuación ante una emergencia sanitaria y contempla su evaluación.	
88		Los servicios del centro disponen de protocolos, procedimientos específicos, vías o guías de práctica clínica, consensados al menos por el equipo del propio hospital, bajo evidencia científica, y en un número suficiente que garanticen que los procesos clínicos más frecuentes (80%).	
89		El Servicio dispone de procedimientos y planes de cuidados escritos, consensados al menos por el equipo del propio hospital, con evidencia científica. Especifica aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles.	
90		Se evalúa la práctica asistencial mediante la evaluación de la implementación de protocolos o vías clínicas.	
91		La Unidad de calidad realiza seguimiento de los indicadores clave, evalúa las tendencias y participa en la definición de las áreas de mejora.	
92		La Unidad de calidad realiza difusión a los profesionales de los resultados de indicadores claves, de las prácticas evaluadas, de las áreas de mejora definidas y de las mejoras implementadas.	
93		La Unidad de calidad fomenta la participación de los profesionales en el proceso de PDCA y potencia la innovación.	
94		La Unidad de calidad realiza seguimiento de la actividad de las diferentes comisiones definidas en el centro.	
95		El centro dispone de procedimientos escritos de actuación ante las complicaciones más frecuentes, más graves o previsibles, consensados al menos por el equipo del propio hospital y especifica aquellos que, con carácter de mínimos y sean exigibles.	
96		GESTIÓN POR PROCESOS	Existe una política de gestión y conservación de la documentación y registros.
97			Existe una política de homologación de productos y en que la Unidad de calidad participa periódicamente.
98			La Unidad de calidad participa en la formación periódica de los profesionales en temas de calidad y seguridad del paciente, incluyendo los de nueva incorporación.
99			La Unidad de calidad participa en la definición de las competencias de los profesionales en temas de calidad y seguridad del paciente.
100			La Unidad de calidad realiza sesiones de mejora de la calidad en las que se analizan los indicadores, así como el análisis de las notificaciones de incidentes y eventos adversos.
101	La Unidad de calidad documenta la existencia de actividades de investigación, trabajos científicos, comunicaciones, ponencias, publicaciones.		
102	La Unidad de calidad supervisa la implementación del plan de mantenimiento preventivo tanto de estructura como de aparataje.		
103	La Unidad de Calidad supervisa una correcta gestión ambiental acorde a las normativas.		
104	La Unidad de Calidad dispone, revisa y actualiza sistemáticamente los procedimientos generales y específicos propios según la política de gestión documental del centro.		
105	La Unidad de Calidad tiene un sistema de monitorización de indicadores de calidad de su Unidad.		
106	En el centro se gestionan las quejas y reclamaciones de manera eficiente, existiendo un proceso diseñado para esta finalidad y Unidad de Calidad analiza periódicamente dicha información y cómo repercute en la mejora del proceso asistencial.		
107	RESULTADOS EN LOS PACIENTES	La UCAL mide la percepción de los clientes sobre los servicios ofrecidos por la organización.	
108		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto al grado de accesibilidad a los servicios ofrecidos.	
109		La UCAL mide la percepción del cliente respecto a cualquier discriminación en el momento de ser atendido.	
110		La UCAL mide el grado de conformidad del cliente y su entorno relacional con el trato recibido.	
111		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto a la confidencialidad en el uso de sus datos.	
112		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto al mantenimiento de su privacidad y dignidad.	
113		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto a la hostelería y condiciones ambientales durante su ingreso.	
114		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto a la lencería y lavandería.	
115		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto a la calidad de los alimentos recibidos.	
116		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto a la posibilidad de expresar sus derechos.	
117		La UCAL mide la percepción de los clientes respecto al cumplimiento de sus derechos y voluntades.	
118	La UCAL mide la percepción global de los clientes respecto al servicio recibido.		

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (1ª revisión)
119		La UCAL mide el número de reclamaciones recibidas, agradecimientos y sugerencias.
120		La UCAL mide el tiempo de respuesta a las reclamaciones, agradecimientos y sugerencias.
121		La UCAL cuantifica y cualifica las altas voluntarias.
122		La UCAL mide el grado de cumplimiento de obtención del consentimiento informado sobre prestaciones determinadas.
123	RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES	Se mide el grado de conocimiento, aceptación y participación en el plan de calidad y seguridad del paciente.
124		Se mide el número de personas de la organización que participa en grupos de calidad y seguridad de pacientes.
125		Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en calidad, seguridad del paciente y mejora continua.
126		Se mide periódicamente el porcentaje de personas que trabajan en el ámbito de calidad que han mejorado sus competencias en relación a la evaluación de la adecuación persona-puesto.
127		Se mide el número de acontecimientos adversos analizados mediante metodologías validadas (Como ejemplo: Análisis causa-raíz (ACA), AMFE: modelo de fallos y sus efectos, "5 porque", Diagrama de Ishikawa) respecto del total, acontecidos.
128		Se mide el grado de actividades de docencia, investigación e innovación realizadas por la UCAL.
129	RESULTADOS SOCIALES	Se cuantifica el número de profesionales y de días de estancia de profesionales externos a la organización y que desarrollan actividades de aprendizaje en la gestión de la calidad del Centro.
130		Se cuantifica el número de actividades formativas/informativas y el número de participantes, realizadas por los miembros de la Unidad de Calidad y dirigidas a personas externas a la organización.
131		Se cuantifica el número de actividades divulgativas realizadas por los miembros de la UCAL y dirigidas a personas o colectivos externos a la organización.
132		Se cuantifica la participación en asociaciones de participación ciudadana, de Ayuntamientos u otras administraciones en temas vinculados a la mejora de la calidad de sus ámbitos de competencia.
133		Se cuantifican las apariciones /menciones en prensa estatal/local, radio o TV a consecuencia de las actividades propias de la UCAL.
134		Se cuantifican las visitas a las páginas web propias de la UCAL.
135	RESULTADOS SOCIALES	Se cuantifican los proyectos comunes con otras Unidades de Calidad de otras instituciones.
136		Se cuantifican los premios y/o reconocimientos a personas o instituciones externas que la UCAL ha realizado.
137		Se cuantifica el número de publicaciones en revistas especializadas internacionales o nacionales.
138		Se cuantifica el promedio del factor de impacto (u otros sistemas de medida) de las publicaciones científicas.
139		Se cuantifica el número de ponencias aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.
140		Se cuantifica el número de comunicaciones aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.
141		Se cuantifica el número de posters aceptados en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.
142		Se cuantifica el número de premios/reconocimientos recibidos en la UCAL por parte de entidades externas a la organización.
143		Se cuantifica el número de reconocimientos a la calidad procedentes de los clientes y/o proveedores en medios de comunicación.
144		Se cuantifica el número de premios/reconocimientos recibidos en la UCAL por parte de entidades científicas.
145		Se cuantifica el número de publicaciones en revistas no especializadas internacionales o nacionales.
146	RESULTADOS PRINCIPALES DE LOS	Se mide el grado de cumplimiento de los objetivos fijados por la UCAL.
147		Se mide el número de objetivos de calidad conseguidos sobre el total previsto en la institución.
148		Se mide el grado de actualización de los protocolos y otros documentos estandarizados existentes en la organización.
149		Se evalúan los resultados y se proponen acciones de mejora en los grupos de trabajo, grupos de mejora, comisiones o comités existentes en la organización.
150		Se evalúan los resultados y se proponen acciones de mejora en los indicadores de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización.
151		Se miden los clientes atendidos según los protocolos u otros documentos estandarizados de actos clínicos.

N.º	Categoría	Propuesta provisional de estándares (comité científico) (1ª revisión)
152		Se mide la calidad en los registros específicos de la organización.
153		Se evalúan los resultados y se proponen acciones de mejora sobre las actividades de los proveedores de la organización.
154		Se mide el grado de cumplimiento de los indicadores de las certificaciones y/o acreditaciones.
155		Se mide el grado de cumplimiento de los objetivos fijados por las comisiones, los grupos de trabajo, grupos de mejora, comisiones o comités existentes en la organización.
156		Se mide el grado de cumplimiento de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización.
157		Se mide el grado de difusión de los resultados de los indicadores de calidad.

UCAL: Unidades de Calidad.

**Anexo 7. Estándares resultantes del Metaplan. 1ª revisión.
(listado 3.º) (Variable 4).**

N.º	Categoría	Conceptos o propuestas sobre una posible futura acreditación
1.	ESTRATEGIA Y LOGÍSTICA PARA UNA FUTURA ACREDITACIÓN	0.1. En el proceso de acreditación, el centro debe realizar una autoevaluación previa.
2.		0.2. En el proceso de acreditación, no es necesario realizar una autoevaluación previa.
3.		0.3. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser externas a la sociedad de calidad de cada comunidad autónoma.
4.		0.4. Las auditorías para alcanzar la acreditación final las debe realizar la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).
5.		0.5. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas por las sociedades de calidad de la propia comunidad autónoma.
6.		0.6. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.
7.		0.7. Los profesionales que realizan las auditorías deben estar expresamente formados para realizarlas.
8.		0.8. La formación de los profesionales que realizan las auditorías debe ser realizada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).
9.		0.9. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.
10.		0.10. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.
11.		0.11. El certificado de la acreditación debe ser emitido únicamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) .
12.		0.12. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.
13.		0.13. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma conjuntamente con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).
14.		0.14. Deben existir 2 o 3 distintos niveles de acreditación, por ejemplo "avanzado", "óptimo" y "excelente".
15.		0.15. Solo debe existir un nivel de acreditación, por ejemplo "acreditado" y nada más.
16.		0.16. Deben existir dos tipos de estándares: obligatorios (deben cumplirse) y optativos (pueden cumplirse para optar a niveles superiores de acreditación).
17.		0.17. Debe existir 1 solo tipo de estándares: obligatorios (deben cumplirse).
18.		0.18. La acreditación debe tener una vigencia de 3 años y luego volver a acreditarse.
19.		0.19. La acreditación debe tener una vigencia de 5 años y luego volver a acreditarse.
20.		0.20. El proceso de acreditación no debe ser gravoso económicamente para la organización.
21.		0.21. Es importante que el proceso de acreditación se realice consensuadamente, desde un punto de vista económico de eficiencia, tanto para la SECA, como para las comunidades autónomas, como para los centros.
22.		0.22. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben ser informatizados.
23.		0.23. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contener un sistema de puntuación automático estandarizado ("sin evidencia" a "evidencia clara").
24.		0.24. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contemplar en los resultados: cumplimiento de objetivos, tendencias y comparaciones ("benchmark").
N.º	Categoría	Estándares
1.	ENFOQUE DIRECTIVO	1.1. Se describen las funciones, competencias y responsabilidades del responsable de la Unidad de Calidad.
2.		1.2. La Unidad de Calidad se reúne periódicamente y los documentos de sus reuniones reflejan los acuerdos y la distribución de responsabilidades.
3.		1.3. La Unidad de Calidad evalúa los resultados de su área de responsabilidad, sistemática y continuadamente.
4.		1.4. Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad.
5.		1.5. El responsable de la Unidad de Calidad debe participar en la formulación de los objetivos estratégicos de la organización.

N.º	Categoría	Estándares	
6.	ENFOQUE DIRECTIVO	1.6. La Unidad de Calidad elabora y dispone los objetivos de sus áreas de responsabilidad e identifican los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos necesarios. Estos objetivos están consensuados y aprobados conjuntamente por la Dirección ejecutiva y los líderes correspondientes.	
7.		1.7. La Unidad de Calidad participa en estructuras multidisciplinarias de asesoramiento de apoyo propias de las áreas de su responsabilidad y las promueven.	
8.		1.8. Hay la información necesaria para gestionar el área de responsabilidad de la Unidad de Calidad, de acuerdo con sus objetivos.	
9.		1.9. Hay criterios para la evaluación del rendimiento y la efectividad de la Unidad de Calidad y adopta medidas de corrección derivadas de su evaluación.	
10.		1.10. La Unidad de Calidad evalúa la calidad del servicio que presta, sistemática y continuamente.	
11.		1.11. El Plan de calidad se incorpora al Plan estratégico de la organización y es coherente con su misión.	
12.		1.12. La Dirección ejecutiva asume la dirección del Plan y participa activamente en sus órganos de gestión, así como en la planificación y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad.	
13.		1.13. Hay un procedimiento para la definición de los indicadores que permite la homogeneidad y la comparabilidad interna y externa.	
14.		1.14. El plan de calidad emite resultados homogéneos y objetivos, de manera periódica.	
15.		1.15. La organización tiene un sistema de control de calidad sobre sus proveedores y conoce si ellos disponen de algún sistema.	
16.		1.16. La Unidad de Calidad diseña un mecanismo para incentivar la participación del personal en actividades o grupos de trabajo.	
17.		1.17. El responsable de la Unidad de Calidad debe facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.	
18.		1.18. El responsable de la Unidad de Calidad participa en el diseño de los puestos de trabajo de los miembros de la unidad.	
19.		1.19. El responsable de la Unidad de Calidad evalúa su liderazgo.	
20.		1.20. La Unidad de Calidad define su cartera de servicios y tiene definida sus responsabilidades en sus diferentes ámbitos de actuación.	
21.		ENFOQUE ESTRATÉGICO	2.1. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, los objetivos están alineados con los de la organización.
22.			2.2. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se dispone de la opinión de los ciudadanos y de las personas de la organización.
23.			2.3. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se incluyen las necesidades relacionadas con el sistema de mejora continua de la calidad.
24.			2.4. La Unidad de Calidad dispone de un cuadro de mando que proporciona información sistemática, precisa, estructurada y periódica sobre el desarrollo de la estrategia, permitiendo la comparación con otras organizaciones.
25.			2.5. En la planificación, la Unidad de Calidad dispone de un sistema de gestión de la información más relevante, determinando quién tiene acceso a los diversos tipos de información.
26.	2.6. En la planificación de la Unidad de Calidad, se incorpora información procedente de la gestión por procesos y permite la gestión clínica por procesos.		
27.	2.7. En la planificación de la Unidad de Calidad se utilizan los resultados y las tendencias de los años anteriores.		
28.	2.8. En la planificación se incluyen los resultados económicos.		
29.	2.9. En el plan estratégico de la organización, se incluye la mejora continua entre sus actividades prioritarias fundamentales.		
30.	2.10. La Unidad de Calidad dispone y desarrolla un plan de calidad que está aprobado, es vigente, dispone de los recursos necesarios para su implantación, se revisa con la periodicidad prevista y se da a conocer a todas las personas de la organización.		
31.	2.11. El Plan de calidad define sus objetivos, la estructura organizativa propia, el modelo metodológico en que se sustenta, los procedimientos de funcionamiento y los recursos asignados.		
32.	2.12. El plan de calidad identifica oportunidades de mejora y establece los procedimientos de priorización de las actuaciones.		
33.	2.13. La Unidad de Calidad define como identificar y desplegar los diferentes proyectos de mejora.		
34.	2.14. El plan de calidad tiene una persona responsable de calidad y de seguridad de los pacientes escogida por la dirección de la organización .		

N.º	Categoría	Estándares
35.	ENFOQUE ESTRATÉGICO	2.15. La Unidad de Calidad define un responsable de calidad en cada servicio para facilitar el despliegue.
36.		2.16. La Unidad de Calidad identifica y define los procesos clave que están alineados con la estrategia y son coherentes con el despliegue del plan de calidad y se revisan anualmente.
37.		2.17. El Plan de Calidad establece los indicadores clave que le permiten evaluar la efectividad del plan y monitorizar las estructuras, los procesos y los resultados, tanto clínicos como de gestión de la organización, asegurando la evaluación mediante criterios explícitos y transparentes.
38.		2.18. La organización tiene definido como ha de comunicar internamente la estrategia de calidad.
39.	PROFESIONALES	3.1. El plan de formación incluye acciones formativas para todo el personal sobre calidad, mejora continua, y seguridad del paciente, basándose en los objetivos institucionales, los resultados de las encuestas de satisfacción y de la eficacia de la formación.
40.		3.2. El plan de formación prevé la formación de formadores en materia de calidad y seguridad de pacientes.
41.		3.3. Se evalúa el resultado de la formación en materia de calidad, mejora continua y seguridad de paciente: satisfacción, adquisición de conocimientos y eficacia de la formación.
42.		3.4. Existen uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades susceptibles de mejoras detectadas por la organización en calidad y seguridad del paciente.
43.		3.5. La Unidad de calidad participa en la formación periódica de los profesionales en temas de calidad y seguridad del paciente, incluyendo los de nueva incorporación.
44.	RECURSOS Y ALIANZAS	4.1. El centro identifica y detalla el soporte externo que la gestión de la calidad requiere (acreditaciones, certificaciones, consultoras, asesorías).
45.		4.2. La Unidad de Calidad dispone de un presupuesto específico para la realización de sus funciones, lo conoce y participa en su formulación y seguimiento.
46.		4.3. La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad.
47.		4.4. La Unidad de Calidad dispone de un espacio físico identificable y suficiente para el desarrollo adecuado de sus funciones.
48.		4.5. La Unidad de Calidad identifica para cada Unidad Funcional y proceso el profesional de referencia en lo que se refiere a la gestión de la calidad.
49.		4.6. La Unidad de Calidad promueve y establece acuerdos de colaboración con Asociaciones de Pacientes, Sociedades Científicas, Asociaciones de promoción de la calidad.
50.		4.7. Las alianzas formales interinstitucionales se sustentan en convenios explícitos en los que se identifican los objetivos perseguidos.
51.		4.8. La Unidad de Calidad dispone de un sistema de información que le permite la realización de sus funciones.
52.		4.9. El Plan de Calidad se difunde y comunica adecuadamente.
53.	GESTIÓN POR PROCESOS	5.1. La Unidad de Calidad ha identificado sus procesos, productos y servicios.
54.		5.2. La Unidad de Calidad ha identificado sus "grupos de interés" con sus respectivas expectativas y necesidades.
55.		5.3. La Unidad de Calidad tiene establecida una estrategia y una metodología para la selección e implantación de procesos y su gestión: diseño, procedimientos, diagramas de flujo, indicadores, DAFO y responsable.
56.		5.4. La Unidad de Calidad tiene un "propietario" del proceso, que asume el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos, con autoridad funcional sobre todos los profesionales intervinientes.
57.		5.5. La Unidad de Calidad dispone de "indicadores clave" que permita monitorizar su rendimiento y evaluar periódicamente su propuesta de valor.
58.		5.6. La Unidad de Calidad elabora una memoria anual presentada a la Dirección que recoja los resultados claves y todas las acciones llevadas a cabo derivadas del Plan estratégico o del Plan de gestión.
59.		5.7. La Unidad de Calidad tiene identificados y priorizados los procesos asistenciales y no asistenciales, con la definición de los procedimientos que aplican.
60.		5.8. La Unidad de Calidad identifica oportunidades de mejora continua de sus procesos, métodos y procedimientos, mediante un modelo de mejora continua.
61.		5.9. La Unidad de Calidad utiliza los datos de los indicadores para mejorar los procesos.
62.		5.10. La Unidad de Calidad establece objetivos de mejora de las áreas.

N.º	Categoría	Estándares	
63.	GESTIÓN POR PROCESOS	5.11. La Unidad de Calidad lleva a cabo acciones para estimular la creatividad e innovación en los profesionales para mejorar los procesos.	
64.		5.12. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes internos y externos, sus expectativas y necesidades y utiliza estos datos para el desarrollo de sus productos y servicios.	
65.		5.13. La Unidad de Calidad diseña y desarrolla, junto a los profesionales, nuevos productos y servicios que añadan valor para estos.	
66.		5.14. La Unidad de Calidad dispone de procedimientos internos relacionados con los procesos que desarrolla.	
67.		5.15. La Unidad de Calidad participa en los procesos de certificación y acreditación que se realizan en el centro.	
68.		5.16. La Unidad de Calidad participa en auditoría periódicas enfocadas a la mejora continua, en los diferentes servicios del centro y con una planificación específica según requerimientos.	
69.		5.17. Los incidentes / eventos adversos generados durante el proceso asistencial se identifican, registran, analizan y se corrigen, mediante metodologías validadas (por ejemplo: análisis causa-raíz (ACA), AMFE o modelo de fallos y sus efectos).	
70.		5.18. La Unidad de Calidad vela por la existencia de procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes.	
71.		5.19. El centro dispone guías asistenciales (guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos específicos, vías...) consensuados y basados en la evidencia científica actual, incorporando recomendaciones de buenas prácticas.	
72.		5.20. Se establecen los circuitos de revisión y plazos de vigencia de la documentación de calidad y vela por su cumplimiento.	
73.		5.21. Se evalúa la práctica asistencial mediante la evaluación de la adherencia a las guías asistenciales.	
74.		5.22. La Unidad de calidad realiza seguimiento de los indicadores clave tanto de Calidad como específicamente de la Seguridad del Paciente, evalúa las tendencias y participa en la definición de las áreas de mejora.	
75.		5.23. La Unidad de calidad realiza sesiones de difusión a los profesionales de los resultados de indicadores claves (incluyendo las notificaciones de incidentes y eventos adversos), de las prácticas evaluadas, de las áreas de mejora definidas y de las mejoras implementadas.	
76.		5.24. La Unidad de calidad fomenta la comunicación con los profesionales y la participación de estos en el proceso del ciclo de mejora (PDCA).	
77.		5.25. La Unidad de calidad fomenta la comunicación con la Dirección del centro y le hace partícipe de toda la información relevante para la gestión.	
78.		5.26. La Unidad de calidad realiza seguimiento de la actividad de las diferentes comisiones definidas en el centro.	
79.		RESULTADOS EN LOS PACIENTES	6.1. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes sobre los servicios ofrecidos por la Unidad de Calidad.
80.			6.2. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto al grado de accesibilidad a los servicios ofrecidos.
81.	6.3. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto a la confidencialidad en el uso de sus datos.		
82.	6.4. La Unidad de Calidad evalúa las incidencias de transgresión de la RGPD en el ámbito que le corresponde		
83.	6.5. La Unidad de Calidad mide el número y el tiempo de respuesta de reclamaciones recibidas, agradecimientos y sugerencias.		
84.	6.6. La Unidad de Calidad mide el número de solicitudes de soporte técnico o metodológico en Calidad generado desde las Unidades Funcionales del Centro.		
85.	6.7. La Unidad de Calidad mide la participación de los miembros y los resultados de los objetivos realizados por las Comisiones y Grupos de Trabajo.		

N.º	Categoría	Estándares
86.	RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES	7.1. Se mide el grado de conocimiento, aceptación y participación en el plan de calidad y seguridad del paciente.
87.		7.2. Se mide el número de personas de la organización que participa en grupos de calidad y seguridad de pacientes.
88.		7.3. Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en calidad, seguridad del paciente y mejora continua.
89.		7.4. Se mide periódicamente el porcentaje de personas que trabajan en el ámbito de calidad que han mejorado sus competencias en relación a la evaluación de la adecuación persona-puesto.
90.		7.5. Se mide el grado de actividades de docencia, investigación e innovación realizadas por la Unidad de Calidad.
91.	RESULTADOS SOCIALES	8.1. Se cuantifica el número de profesionales y de días de estancia de profesionales externos a la organización y que desarrollan actividades de aprendizaje en la gestión de la calidad del Centro.
92.		8.2. Se cuantifica el número de actividades formativas e informativas y el número de participantes, realizadas por los miembros de la Unidad de Calidad y dirigidas a personas externas a la organización.
93.		8.3. Se cuantifica la participación en asociaciones de participación ciudadana u otras administraciones en temas vinculados a la mejora de la calidad de sus ámbitos de competencia.
94.		8.4. Se cuantifican las apariciones /menciones en prensa estatal/local, radio o TV a consecuencia de las actividades propias de la Unidad de Calidad.
95.		8.5. Se cuantifican las visitas a las páginas web propias de la Unidad de Calidad.
96.		8.6. Se cuantifican los proyectos comunes con otras Unidades de Calidad de otras instituciones.
97.		8.7. Se cuantifican los premios y/o reconocimientos a personas o instituciones externas que la Unidad de Calidad ha realizado.
98.		8.8. Se cuantifica el número de publicaciones en revistas especializadas y no especializadas internacionales o nacionales.
99.		8.9. Se cuantifica el promedio del factor de impacto (u otros sistemas de medida) de las publicaciones científicas.
100.		8.10. Se cuantifica el número de ponencias aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.
101.		8.11. Se cuantifica el número de comunicaciones aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.
102.		8.12. Se cuantifica el número de premios/reconocimientos recibidos en la Unidad de Calidad por parte de entidades externas a la organización (instituciones, medios de comunicación, entidades científicas).
103.	RESULTADOS PRINCIPALES DE LOS EQUIPOS DE CALIDAD	9.1. Se mide el grado de cumplimiento de los objetivos fijados por la Unidad de Calidad.
104.		9.2. Se mide el grado de actualización de los protocolos y otros documentos estandarizados existentes en la organización.
105.		9.3. Se mide el número de acontecimientos adversos analizados mediante metodologías validadas (Como ejemplo: Análisis causa-raíz (ACA), AMFE: modelo de fallos y sus efectos).
106.		9.4. Se evalúan los resultados y las acciones de mejora propuestas (en los indicadores de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización).
107.		9.5. Se mide el grado de soporte que da la Unidad de Calidad en los procesos de acreditación y/o certificaciones.
108.		9.6. Se mide el funcionamiento de las comisiones, los grupos de trabajo, grupos de mejora o comités existentes en la organización.
109.		9.7. Se miden los resultados y el grado de cumplimiento de las acciones de mejora derivadas de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización.
110.		9.8. Se mide el grado de difusión de los resultados de calidad de la organización.

Códigos de los estándares: 1: Enfoque directivo; 2: Enfoque estratégico; 3: Profesionales; 4: Recursos y Alianzas; 5: Gestión por procesos; 6: Resultados en los pacientes; 7: Resultados en los profesionales; 8: Resultados sociales; 9: Resultados principales de los equipos de calidad.



Anexo 8. Consenso Delphi. 1ª ronda (I).

Resultados estadísticos del consenso Delphi sobre los 24 conceptos de una futura acreditación, y sobre 110 estándares del listado 3.º revisado: 1ª ronda (I) (Variable 5).

N.º	Conceptos o propuestas sobre una posible futura acreditación	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
1.	0.1. En el proceso de acreditación, el centro debe realizar una autoevaluación previa.	0.1	53	8,0	7,6	8,3	8,0	9,0	1,4	1,8	3	9
2.	0.2. En el proceso de acreditación, no es necesario realizar una autoevaluación previa.	0.2	53	2,3	1,8	2,8	2,0	1,0	1,9	3,6	1	8
3.	0.3. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser externas a la sociedad de calidad de cada comunidad autónoma.	0.3	53	5,7	5,0	6,4	5,0	5,0	2,5	6,0	1	9
4.	0.4. Las auditorías para alcanzar la acreditación final las debe realizar la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.4	53	6,3	5,7	6,8	7,0	7,0	2,1	4,5	1	9
5.	0.5. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas por las sociedades de calidad de la propia comunidad autónoma.	0.5	53	4,1	3,5	4,7	4,0	5,0	2,2	4,8	1	8
6.	0.6. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.6	53	6,0	5,3	6,7	7,0	8,0	2,4	5,8	1	9
7.	0.7. Los profesionales que realizan las auditorías deben estar expresamente formados para realizarlas	0.7	53	8,3	8,0	8,6	9,0	9,0	1,0	0,9	5	9
8.	0.8. La formación de los profesionales que realizan las auditorías debe ser realizada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.8	53	6,4	5,8	7,0	7,0	5,0	2,1	4,3	1	9
9.	0.9. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.9	53	4,8	4,2	5,4	5,0	5,0	2,1	4,6	1	9
10.	0.10. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.10	53	6,2	5,5	6,9	7,0	5,0	2,4	5,8	1	9
11.	0.11. El certificado de la acreditación debe ser emitido únicamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.11	53	5,7	5,0	6,5	6,0	9,0	2,7	7,4	1	9
12.	0.12. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.12	53	3,9	3,2	4,5	4,0	1,0	2,3	5,2	1	9
13.	0.13. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma conjuntamente con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) .	0.13	53	6,2	5,4	6,9	7,0	9,0	2,7	7,0	1	9
14.	0.14. Deben existir 2 o 3 distintos niveles de acreditación, por ejemplo "avanzado", "óptimo" y "excelente".	0.14	53	6,4	5,8	7,1	7,0	8,0	2,3	5,3	1	9
15.	0.15. Solo debe existir un nivel de acreditación, por ejemplo "acreditado" y nada más.	0.15	53	4,0	3,3	4,7	3,0	3,0	2,5	6,2	1	9
16.	0.16. Deben existir dos tipos de estándares: obligatorios (deben cumplirse) y optativos (pueden cumplirse para optar a niveles superiores de acreditación).	0.16	53	7,1	6,5	7,7	8,0	8,0	2,3	5,1	1	9
17.	0.17. Debe existir 1 solo tipo de estándares: obligatorios (deben cumplirse).	0.17	53	3,6	3,0	4,2	3,0	3,0	2,1	4,6	1	9
18.	0.18. La acreditación debe tener una vigencia de 3 años y luego volver a acreditarse.	0.18	53	6,4	5,8	7,0	7,0	8,0	2,2	4,8	1	9
19.	0.19. La acreditación debe tener una vigencia de 5 años y luego volver a acreditarse.	0.19	53	4,9	4,2	5,7	5,0	2,0	2,6	6,9	1	9

N.º	Conceptos o propuestas sobre una posible futura acreditación	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
20.	0.20. El proceso de acreditación no debe ser gravoso económicamente para la organización.	0.20	53	7,4	7,0	7,9	8,0	9,0	1,7	2,9	3	9
21.	0.21. Es importante que el proceso de acreditación se realice consensuadamente, desde un punto de vista económico de eficiencia, tanto para la SECA, como para las comunidades autónomas, como para los centros.	0.21	53	7,6	7,2	7,9	8,0	8,0	1,3	1,8	4	9
22.	0.22. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben ser informatizados.	0.22	53	8,3	8,0	8,6	9,0	9,0	1,0	1,0	5	9
23.	0.23. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contener un sistema de puntuación automático estandarizado ("sin evidencia" a "evidencia clara").	0.23	53	8,0	7,7	8,4	8,0	9,0	1,2	1,4	5	9
24.	0.24. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contemplar en los resultados: cumplimiento de objetivos, tendencias y comparaciones ("benchmark").	0.24	53	7,8	7,5	8,1	8,0	9,0	1,1	1,3	5	9
N.º	Estándares	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
1.	1.1. Las funciones, competencias y responsabilidades del responsable de la Unidad de Calidad están descritas.	1.1	53	8,0	7,6	8,3	8,0	9,0	1,2	1,5	3	9
2.	1.2. La Unidad de Calidad se reúne periódicamente y los documentos de sus reuniones reflejan los acuerdos y la distribución de responsabilidades.	1.2	53	7,7	7,3	8,1	8,0	9,0	1,5	2,3	2	9
3.	1.3. La Unidad de Calidad evalúa los resultados de su área de responsabilidad, sistemática y continuadamente.	1.3	53	7,8	7,4	8,2	8,0	9,0	1,5	2,2	2	9
4.	1.4. Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad.	1.4	53	6,3	5,7	7,0	7,0	7,0	2,3	5,4	1	9
5.	1.5. El responsable de la Unidad de Calidad debe participar en la formulación de los objetivos estratégicos de la organización.	1.5	53	7,9	7,5	8,3	8,0	9,0	1,5	2,2	2	9
6.	1.6. La Unidad de Calidad elabora y dispone los objetivos de sus áreas de responsabilidad e identifican los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos necesarios. Estos objetivos están consensuados y aprobados conjuntamente por la Dirección ejecutiva y los líderes correspondientes.	1.6	53	7,4	6,9	7,9	8,0	8,0	1,7	3,0	2	9
7.	1.7. La Unidad de Calidad participa en estructuras multidisciplinares de asesoramiento de apoyo propias de las áreas de su responsabilidad y las promueven.	1.7	53	8,1	7,8	8,4	8,0	8,0	1,0	1,1	3	9
8.	1.8. Hay la información necesaria para gestionar el área de responsabilidad de la Unidad de Calidad, de acuerdo con sus objetivos.	1.8	53	7,1	6,6	7,6	7,0	7,0	1,7	3,0	2	9
9.	1.9. Hay criterios para la evaluación del rendimiento y la efectividad de la Unidad de Calidad y adopta medidas de corrección derivadas de su evaluación.	1.9	53	7,0	6,4	7,5	8,0	8,0	2,0	4,0	2	9
10.	1.10. La Unidad de Calidad evalúa la calidad del servicio que presta, sistemática y continuadamente.	1.10	53	7,3	6,7	7,8	8,0	8,0	2,0	4,0	2	9
11.	1.11. El Plan de calidad se incorpora al Plan estratégico de la organización y es coherente con su misión.	1.11	53	7,9	7,6	8,3	8,0	8,0	1,4	1,8	1	9
12.	1.12. La Dirección ejecutiva asume la dirección del Plan y participa activamente en sus órganos de gestión, así como en la planificación y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad.	1.12	53	7,7	7,3	8,1	8,0	8,0	1,5	2,1	3	9

N.º	Estándares	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
13.	1.13. Hay un procedimiento para la definición de los indicadores que permite la homogeneidad y la comparabilidad interna y externa.	1.13	53	7,4	6,9	7,8	8,0	8,0	1,7	2,8	1	9
14.	1.14. El plan de calidad emite resultados homogéneos y objetivos, de manera periódica.	1.14	53	7,7	7,2	8,1	8,0	8,0	1,5	2,2	1	9
15.	1.15. La organización tiene un sistema de control de calidad sobre sus proveedores y conoce si ellos disponen de algún sistema.	1.15	53	6,9	6,4	7,4	7,0	7,0	1,8	3,3	1	9
16.	1.16. La Unidad de Calidad diseña un mecanismo para incentivar la participación del personal en actividades o grupos de trabajo.	1.16	53	6,8	6,2	7,4	7,0	8,0	2,0	4,2	1	9
17.	1.17. El responsable de la Unidad de Calidad debe facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.	1.17	53	6,9	6,4	7,4	7,0	9,0	1,9	3,5	1	9
18.	1.18. El responsable de la Unidad de Calidad participa en el diseño de los puestos de trabajo de la Unidad de Calidad.	1.18	53	7,5	7,0	7,9	8,0	8,0	1,7	2,7	1	9
19.	1.19. El responsable de la Unidad de Calidad evalúa su liderazgo.	1.19	53	6,3	5,7	7,0	7,0	8,0	2,3	5,4	1	9
20.	1.20. La Unidad de Calidad define su cartera de servicios y tiene definida sus responsabilidades en sus diferentes ámbitos de actuación.	1.20	53	7,5	7,0	7,9	8,0	8,0	1,6	2,5	1	9
21.	2.1. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, los objetivos están alineados con los de la organización.	2.1	53	8,3	8,0	8,5	8,0	8,0	0,9	0,9	3	9
22.	2.2. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se dispone de la opinión de los ciudadanos y de las personas de la organización.	2.2	53	7,1	6,7	7,6	7,1	8,0	1,8	3,2	1	9
23.	2.3. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se incluyen las necesidades relacionadas con el sistema de mejora continua de la calidad.	2.3	53	7,9	7,6	8,3	8,0	8,0	1,3	1,6	1	9
24.	2.4. La Unidad de Calidad dispone de un cuadro de mando que proporciona información sistemática, precisa, estructurada y periódica sobre el desarrollo de la estrategia, permitiendo la comparación con otras organizaciones.	2.4	53	7,6	7,2	8,1	8,0	9,0	1,7	2,8	1	9
25.	2.5. En la planificación, la Unidad de Calidad dispone de un sistema de gestión de la información más relevante, determinando quién tiene acceso a los diversos tipos de información.	2.5	53	7,2	6,7	7,7	8,0	8,0	1,7	2,9	1	9
26.	2.6. En la planificación de la Unidad de Calidad, se incorpora información procedente de la gestión por procesos y permite la gestión clínica por procesos.	2.6	53	7,1	6,6	7,7	7,1	9,0	2,0	4,0	1	9
27.	2.7. En la planificación de la Unidad de Calidad se utilizan los resultados y las tendencias de los años anteriores.	2.7	53	8,1	7,7	8,4	8,0	8,0	1,3	1,6	2	9
28.	2.8. En la planificación se incluyen los resultados económicos.	2.8	53	6,4	5,8	6,9	7,0	7,0	2,0	3,9	1	9
29.	2.9. En el plan estratégico de la organización, se incluye la mejora continua entre sus actividades prioritarias fundamentales.	2.9	53	7,9	7,4	8,3	8,0	9,0	1,5	2,3	1	9
30.	2.10. La Unidad de Calidad dispone y desarrolla un plan de calidad que está aprobado, es vigente, dispone de los recursos necesarios para su implantación, se revisa con la periodicidad prevista y se da a conocer a todas las personas de la organización.	2.10	53	7,7	7,3	8,2	8,0	9,0	1,7	2,8	1	9
31.	2.11. El Plan de calidad define sus objetivos, la estructura organizativa propia, el modelo metodológico en que se sustenta, los procedimientos de funcionamiento y los recursos asignados.	2.11	53	7,8	7,4	8,2	8,0	9,0	1,6	2,4	1	9
32.	2.12. El plan de calidad identifica oportunidades de mejora y establece los procedimientos de priorización de las actuaciones.	2.12	53	7,7	7,2	8,1	8,0	9,0	1,6	2,5	1	9

N.º	Estándares	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
33.	2.13. La Unidad de Calidad define como identificar y desplegar los diferentes proyectos de mejora.	2.13	53	7,5	7,0	7,9	8,0	8,0	1,5	2,4	2	9
34.	2.14. El plan de calidad tiene una persona responsable de calidad y de seguridad de los pacientes escogida por la dirección de la organización.	2.14	53	8,2	7,9	8,5	8,2	9,0	1,2	1,5	1	9
35.	2.15. La Unidad de Calidad define un responsable de calidad en cada servicio para facilitar el despliegue.	2.15	53	6,8	6,2	7,4	7,0	8,0	2,1	4,4	1	9
36.	2.16. La Unidad de Calidad identifica y define los procesos clave que están alineados con la estrategia y son coherentes con el despliegue del plan de calidad y se revisan anualmente.	2.16	53	7,3	6,8	7,8	8,0	8,0	1,8	3,1	1	9
37.	2.17. El Plan de Calidad establece los indicadores clave que le permiten evaluar la efectividad del plan y monitorizar las estructuras, los procesos y los resultados, tanto clínicos como de gestión, de la organización, asegurando la evaluación mediante criterios explícitos y transparentes.	2.17	53	7,7	7,3	8,2	8,0	8,0	1,6	2,5	1	9
38.	2.18. La organización tiene definido como ha de comunicar internamente la estrategia de calidad.	2.18	53	7,4	6,9	7,9	8,0	8,0	1,7	3,0	1	9
39.	3.1. El plan de formación incluye acciones formativas para todo el personal sobre calidad, mejora continua, y seguridad del paciente, basándose en los objetivos institucionales, los resultados de las encuestas de satisfacción y de la eficacia de la formación.	3.1	53	8,1	7,8	8,4	8,0	9,0	1,2	1,4	2	9
40.	3.2. El plan de formación prevé la formación de formadores en materia de calidad y seguridad de pacientes.	3.2	53	7,4	6,9	7,9	8,0	9,0	1,9	3,5	2	9
41.	3.3. Se evalúa el resultado de la formación en materia de calidad, mejora continua y seguridad de paciente: satisfacción, adquisición de conocimientos y eficacia de la formación.	3.3	53	7,8	7,5	8,2	8,0	8,0	1,4	2,0	2	9
42.	3.4. Existen uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades susceptibles de mejoras detectadas por la organización en calidad y seguridad del paciente.	3.4	53	7,5	7,0	8,0	8,0	9,0	1,7	2,9	2	9
43.	3.5. La Unidad de calidad participa en la formación periódica de los profesionales en temas de calidad y seguridad del paciente, incluyendo los de nueva incorporación.	3.5	53	7,9	7,5	8,3	8,0	9,0	1,4	2,0	2	9
44.	4.1. El centro identifica y detalla el soporte externo que la gestión de la calidad requiere (acreditaciones, certificaciones, consultoras, asesorías).	4.1	53	7,4	6,9	7,9	8,0	8,0	1,9	3,5	1	9
45.	4.2. La Unidad de Calidad dispone de un presupuesto específico para la realización de sus funciones, lo conoce y participa en su formulación y seguimiento.	4.2	53	6,7	6,0	7,3	7,0	9,0	2,4	5,8	1	9
46.	4.3. La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad.	4.3	53	6,6	6,0	7,2	7,0	8,0	2,2	4,8	1	9
47.	4.4. La Unidad de Calidad dispone de un espacio físico identificable y suficiente para el desarrollo adecuado de sus funciones.	4.4	53	7,8	7,4	8,3	8,0	9,0	1,7	2,8	1	9
48.	4.5. La Unidad de Calidad identifica para cada Unidad Funcional y proceso el profesional de referencia en lo que se refiere a la gestión de la calidad.	4.5	53	7,5	7,0	7,9	8,0	8,0	1,8	3,1	1	9

N.º	Estándares	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
49.	4.6. La Unidad de Calidad promueve y establece acuerdos de colaboración con Asociaciones de Pacientes, Sociedades Científicas, Asociaciones de promoción de la calidad.	4,6	53	6,5	5,8	7,1	7,0	7,0	2,2	5,0	1	9
50.	4.7. Las alianzas formales interinstitucionales se sustentan en convenios explícitos en los que se identifican los objetivos perseguidos.	4,7	53	6,5	5,9	7,0	7,0	7,0	2,1	4,4	1	9
51.	4.8. La Unidad de Calidad dispone de un sistema de información que le permite la realización de sus funciones.	4,8	53	8,0	7,6	8,3	8,0	8,0	1,4	1,9	1	9
52.	4.9. El Plan de Calidad se difunde y comunica adecuadamente.	4,9	53	7,8	7,4	8,2	8,0	8,0	1,4	2,1	1	9
53.	5.1. La Unidad de Calidad ha identificado sus procesos, productos y servicios.	5,1	53	7,7	7,3	8,2	8,0	9,0	1,6	2,7	1	9
54.	5.2. La Unidad de Calidad ha identificado sus "grupos de interés" con sus respectivas expectativas y necesidades.	5,2	53	7,7	7,4	8,1	8,0	9,0	1,4	2,0	3	9
55.	5.3. La Unidad de Calidad tiene establecida una estrategia y una metodología para la selección e implantación de procesos y su gestión: diseño, procedimientos, diagramas de flujo, indicadores, DAFO y responsable.	5,3	53	7,6	7,1	8,1	8,0	9,0	1,8	3,3	1	9
56.	5.4. La Unidad de Calidad tiene un "propietario" del proceso, que asume el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos, con autoridad funcional sobre todos los profesionales intervinientes.	5,4	53	7,4	6,9	7,8	8,0	9,0	1,7	2,9	1	9
57.	5.5. La Unidad de Calidad dispone de "indicadores clave" que permita monitorizar su rendimiento y evaluar periódicamente su propuesta de valor .	5,5	53	7,8	7,3	8,2	8,0	8,0	1,5	2,3	1	9
58.	5.6. La Unidad de Calidad elabora una memoria anual presentada a la Dirección que recoja los resultados claves y todas las acciones llevadas a cabo derivadas del Plan estratégico o del Plan de gestión.	5,6	53	7,7	7,2	8,2	8,0	8,0	1,7	3,0	1	9
59.	5.7. La Unidad de Calidad tiene identificados y priorizados los procesos asistenciales y no asistenciales, con la definición de los procedimientos que aplican.	5,7	53	7,3	6,7	7,9	8,0	9,0	2,1	4,5	1	9
60.	5.8. La Unidad de Calidad identifica oportunidades de mejora continua de sus procesos, métodos y procedimientos, mediante un modelo de mejora continua.	5,8	53	7,8	7,3	8,2	8,0	9,0	1,6	2,6	1	9
61.	5.9. La Unidad de Calidad utiliza los datos de los indicadores para mejorar los procesos.	5,9	53	7,8	7,3	8,2	8,0	9,0	1,6	2,5	1	9
62.	5.10. La Unidad de Calidad establece objetivos de mejora de las áreas.	5,10	53	7,7	7,3	8,1	8,0	9,0	1,6	2,5	3	9
63.	5.11. La Unidad de Calidad lleva a cabo acciones para estimular la creatividad e innovación en los profesionales para mejorar los procesos.	5,11	53	6,9	6,3	7,4	7,0	7,0	2,1	4,2	1	9
64.	5.12. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes internos y externos, sus expectativas y necesidades y utiliza estos datos para el desarrollo de sus productos y servicios.	5,12	53	6,9	6,4	7,5	7,0	9,0	2,1	4,4	1	9
65.	5.13. La Unidad de Calidad diseña y desarrolla junto a los profesionales, nuevos productos y servicios que añadan valor para estos.	5,13	53	6,6	6,0	7,2	7,0	7,0	2,2	4,7	1	9
66.	5.14. La Unidad de Calidad dispone de procedimientos internos relacionados con los procesos que desarrolla.	5,14	53	7,3	6,8	7,9	8,0	9,0	2,1	4,3	1	9
67.	5.15. La Unidad de Calidad participa en los procesos de certificación y acreditación que se realizan en el centro.	5,15	53	8,5	8,3	8,8	9,0	9,0	0,8	0,7	5	9

N.º	Estándares	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
68.	5.16. La Unidad de Calidad participa en auditoría periódicas enfocadas a la mejora continua, en los diferentes servicios del centro y con una planificación específica según requerimientos .	5.16	53	8,3	8,0	8,6	9,0	9,0	1,1	1,2	4	9
69.	5.17. Los incidentes / eventos adversos generados durante el proceso asistencial se identifican, registran, analizan y se corrigen, mediante metodologías validadas (por ejemplo: análisis causa-raíz (ACA), AMFE o modelo de fallos y sus efectos.	5.17	53	8,3	8,0	8,6	8,3	9,0	1,1	1,2	2	9
70.	5.18. La Unidad de Calidad vela por la existencia de procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes.	5.18	53	8,6	8,4	8,7	9,0	9,0	0,6	0,3	7	9
71.	5.19. El centro dispone guías asistenciales (guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos específicos, vías...) consensuados y basados en la evidencia científica actual, incorporando recomendaciones de buenas prácticas.	5.19	53	7,9	7,6	8,3	8,0	9,0	1,3	1,7	3	9
72.	5.20. Se establecen los circuitos de revisión y plazos de vigencia de la documentación de calidad y vela por su cumplimiento.	5.20	53	7,9	7,5	8,3	8,0	9,0	1,4	1,9	2	9
73.	5.21. Se evalúa la práctica asistencial mediante la evaluación de la adherencia a las guías asistenciales.	5.21	53	7,4	6,9	7,8	8,0	8,0	1,7	2,7	2	9
74.	5.22. La Unidad de calidad realiza seguimiento de los indicadores clave tanto de Calidad como específicamente de la Seguridad del Paciente, evalúa las tendencias y participa en la definición de las áreas de mejora.	5.22	53	8,4	8,2	8,6	8,4	9,0	0,8	0,6	5	9
75.	5.23. La Unidad de calidad realiza sesiones de difusión a los profesionales de los resultados de indicadores claves (incluyendo las notificaciones de incidentes y eventos adversos), de las prácticas evaluadas, de las áreas de mejora definidas y de las mejoras implementadas.	5.23	53	8,0	7,6	8,4	8,0	9,0	1,5	2,2	1	9
76.	5.24. La Unidad de calidad fomenta la comunicación con los profesionales y la participación de estos en el proceso del ciclo de mejora (PDCA).	5.24	53	7,8	7,3	8,2	8,0	9,0	1,7	2,8	1	9
77.	5.25. La Unidad de calidad fomenta la comunicación con la Dirección del centro y le hace partícipe de toda la información relevante para la gestión.	5.25	53	8,2	7,9	8,6	9,0	9,0	1,3	1,7	1	9
78.	5.26. La Unidad de calidad realiza seguimiento de la actividad de las diferentes comisiones definidas en el centro.	5.26	53	7,9	7,5	8,3	8,0	9,0	1,5	2,3	2	9
79.	6.1. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes sobre los servicios ofrecidos por la Unidad de Calidad.	6.1	53	6,9	6,2	7,5	7,0	9,0	2,3	5,1	1	9
80.	6.2. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto al grado de accesibilidad a los servicios ofrecidos.	6.2	53	6,7	6,1	7,4	7,0	8,0	2,3	5,1	1	9
81.	6.3. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto a la confidencialidad en el uso de sus datos.	6.3	53	6,3	5,7	7,0	7,0	9,0	2,4	5,6	1	9
82.	6.4. La Unidad de Calidad evalúa las incidencias de transgresión de la LOPD en el ámbito que le corresponde.	6.4	53	6,5	5,9	7,1	7,0	9,0	2,2	4,7	2	9
83.	6.5. La Unidad de Calidad mide el número y el tiempo de respuesta de reclamaciones recibidas, agradecimientos y sugerencias.	6.5	53	6,8	6,2	7,4	7,0	9,0	2,2	4,9	1	9
84.	6.6. La Unidad de Calidad mide el número de solicitudes de soporte técnico o metodológico en Calidad generados desde las Unidades Funcionales del Centro.	6.6	53	6,8	6,2	7,4	7,0	9,0	2,1	4,5	1	9

N.º	Estándares	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
85.	6.7. La Unidad de Calidad mide la participación de los miembros y los resultados de los objetivos realizados por las Comisiones y Grupos de Trabajo.	6.7	53	7,7	7,3	8,1	8,0	9,0	1,6	2,5	1	9
86.	7.1. Se mide el grado de conocimiento, aceptación y participación en el plan de calidad y seguridad del paciente.	7.1	53	7,1	6,6	7,7	8,0	9,0	2,0	4,1	1	9
87.	7.2. Se mide el número de personas de la organización que participa en grupos de calidad y seguridad de pacientes.	7.2	53	7,9	7,6	8,3	8,0	9,0	1,3	1,8	1	9
88.	7.3. Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en calidad, seguridad del paciente y mejora continua.	7.3	53	8,0	7,6	8,4	8,0	8,0	1,4	1,8	1	9
89.	7.4. Se mide periódicamente el porcentaje de personas que trabajan en el ámbito de calidad que han mejorado sus competencias en relación a la evaluación de la adecuación persona-puesto.	7.4	53	6,8	6,2	7,4	7,0	8,0	2,2	5,0	1	9
90.	7.5. Se mide el grado de actividades de docencia, investigación e innovación realizadas por la Unidad de Calidad.	7.5	53	7,8	7,5	8,2	8,0	8,0	1,3	1,7	2	9
91.	8.1. Se cuantifica el número de profesionales y de días de estancia de profesionales externos a la organización y que desarrollan actividades de aprendizaje en la gestión de la calidad del Centro.	8.1	53	6,4	5,8	7,0	7,0	7,0	2,2	4,6	1	9
92.	8.2. Se cuantifica el número de actividades formativas e informativas y el número de participantes, realizadas por los miembros de la Unidad de Calidad y dirigidas a personas externas a la organización.	8.2	53	7,0	6,5	7,6	7,0	9,0	1,9	3,7	1	9
93.	8.3. Se cuantifica la participación en asociaciones de participación ciudadana u otras administraciones en temas vinculados a la mejora de la calidad de sus ámbitos de competencia.	8.3	53	6,5	5,9	7,1	7,0	7,0	2,1	4,6	1	9
94.	8.4. Se cuantifican las apariciones /menciones en prensa estatal/local, radio o TV a consecuencia de las actividades propias de la Unidad de Calidad.	8.4	53	6,3	5,7	6,9	7,0	8,0	2,1	4,6	1	9
95.	8.5. Se cuantifican las visitas a las páginas web propias de la Unidad de Calidad.	8.5	53	5,6	4,9	6,3	6,0	6,0	2,4	5,8	1	9
96.	8.6. Se cuantifican los proyectos comunes con otras Unidades de Calidad de otras instituciones.	8.6	53	6,9	6,3	7,4	7,0	7,0	1,9	3,5	1	9
97.	8.7. Se cuantifican los premios y/o reconocimientos a personas o instituciones externas que la Unidad de Calidad ha realizado.	8.7	53	7,0	6,5	7,5	7,0	8,0	1,9	3,8	1	9
98.	8.8. Se cuantifica el número de publicaciones en revistas especializadas y no especializadas internacionales o nacionales.	8.8	53	7,4	7,0	7,8	7,4	7,0	1,5	2,2	3	9
99.	8.9. Se cuantifica el promedio del factor de impacto (u otros sistemas de medida) de las publicaciones científicas.	8.9	53	6,9	6,4	7,4	7,0	7,0	1,9	3,6	1	9
100.	8.10. Se cuantifica el número de ponencias aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.	8.10	53	7,3	6,8	7,7	8,0	8,0	1,7	2,9	1	9
101.	8.11. Se cuantifica el número de comunicaciones aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.	8.11	53	7,2	6,8	7,7	7,2	8,0	1,7	2,8	1	9
102.	8.12. Se cuantifica el número de premios/reconocimientos recibidos en la Unidad de Calidad por parte de entidades externas a la organización (instituciones, medios de comunicación, entidades científicas).	8.12	53	7,4	7,0	7,9	8,0	8,0	1,5	2,4	1	9
103.	9.1. Se mide el grado de cumplimiento de los objetivos fijados por la Unidad de Calidad.	9.1	53	8,2	7,9	8,6	8,2	9,0	1,4	1,9	1	9

N.º	Estándares	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
104.	9.2. Se mide el grado de actualización de los protocolos y otros documentos estandarizados existentes en la organización.	9,2	53	7,7	7,2	8,2	8,0	9,0	1,8	3,2	1	9
105.	9.3. Se mide el número de acontecimientos adversos analizados mediante metodologías validadas (Como ejemplo: Análisis causa-raíz (ACA), AMFE: modelo de fallos y sus efectos).	9,3	53	8,2	7,9	8,5	8,2	9,0	1,2	1,4	1	9
106.	9.4. Se evalúan los resultados y las acciones de mejora propuestas (en los indicadores de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización).	9,4	53	8,2	7,9	8,5	8,0	8,0	1,2	1,4	1	9
107.	9.5. Se mide el grado de soporte que da la Unidad de Calidad en los procesos de acreditación y/o certificaciones.	9,5	53	7,5	6,9	8,0	8,0	9,0	1,9	3,5	1	9
108.	9.6. Se mide el funcionamiento de las comisiones, los grupos de trabajo, grupos de mejora o comités existentes en la organización.	9,6	53	7,7	7,4	8,1	8,0	9,0	1,2	1,5	5	9
109.	9.7. Se miden los resultados y el grado de cumplimiento de las acciones de mejora derivadas de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización.	9,7	53	8,1	7,8	8,4	8,0	9,0	1,2	1,5	1	9
110.	9.8. Se mide el grado de difusión de los resultados de calidad de la organización.	9,8	53	7,4	6,9	7,9	8,0	9,0	1,9	3,5	1	9

Códigos de los estándares: 1: Enfoque directivo; 2: Enfoque estratégico; 3: Profesionales; 4: Recursos y Alianzas; 5: Gestión por procesos; 6: Resultados en los pacientes; 7: Resultados en los profesionales; 8: Resultados sociales; 9: Resultados principales de los equipos de calidad.

CE: número de estándar; **NR:** número de respuestas; **ME:** media; **IC-LI:** intervalo de confianza para la media al 95% (límite inferior); **IC-LS:** intervalo de confianza para la media al 95% (límite superior); **MN:** mediana; **MO:** moda; **DE:** desviación típica; **V:** varianza; **Vm:** valor mínimo; **VM:** valor máximo.

Anexo 9. Resultados estadísticos del consenso Delphi: 1ª ronda (II).

Resultados estadísticos del consenso Delphi sobre los 24 conceptos de una futura acreditación, y sobre los 110 estándares del listado 3.º revisado: 1ª ronda (II) (Variable 5).

N.º	Conceptos o propuestas sobre una posible futura acreditación	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
1.	0.1. En el proceso de acreditación, el centro debe realizar una autoevaluación previa.	7,0	8,0	9,0	6	2	0,3	89%	9%	2%	SI
2.	0.2. En el proceso de acreditación, no es necesario realizar una autoevaluación previa.	1,0	2,0	3,0	7	2	1,0	6%	11%	83%	SI
3.	0.3. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser externas a la sociedad de calidad de cada comunidad autónoma.	3,5	5,0	8,0	8	5	1,0	39%	36%	25%	NO
4.	0.4. Las auditorías para alcanzar la acreditación final las debe realizar la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	57%	28%	13%	NO
5.	0.5. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas por las sociedades de calidad de la propia comunidad autónoma.	2,0	4,0	6,0	7	4	1,0	17%	40%	43%	NO
6.	0.6. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	55%	26%	19%	NO
7.	0.7. Los profesionales que realizan las auditorías deben estar expresamente formados para realizarlas.	8,0	9,0	9,0	4	1	0,1	96%	4%	0%	SI
8.	0.8. La formación de los profesionales que realizan las auditorías debe ser realizada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	55%	36%	9%	NO
9.	0.9. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	3,0	5,0	6,5	8	4	0,8	25%	45%	30%	NO
10.	0.10. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	51%	32%	17%	NO
11.	0.11. El certificado de la acreditación debe ser emitido únicamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	3,0	6,0	8,5	8	6	1,0	43%	28%	28%	NO
12.	0.12. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	2,0	4,0	5,0	8	3	0,8	17%	36%	47%	NO
13.	0.13. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma conjuntamente con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	4,0	7,0	8,5	8	5	0,7	56%	23%	21%	NO
14.	0.14. Deben existir 2 o 3 distintos niveles de acreditación, por ejemplo "avanzado", "óptimo" y "excelente".	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	66%	19%	15%	NO
15.	0.15. Solo debe existir un nivel de acreditación, por ejemplo "acreditado" y nada más.	2,0	3,0	5,5	8	4	1,3	23%	15%	62%	NO
16.	0.16. Deben existir dos tipos de estándares: obligatorios (deben cumplirse) y optativos (pueden cumplirse para optar a niveles superiores de acreditación).	7,0	8,0	8,0	8	1	0,1	79%	8%	13%	SI
17.	0.17. Debe existir 1 solo tipo de estándares: obligatorios (deben cumplirse).	2,0	3,0	5,0	8	3	1,0	13%	17%	66%	NO
18.	0.18. La acreditación debe tener una vigencia de 3 años y luego volver a acreditarse.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	58%	25%	15%	NO
19.	0.19. La acreditación debe tener una vigencia de 5 años y luego volver a acreditarse.	2,5	5,0	7,0	8	5	1,0	38%	20%	42%	NO

N.º	Conceptos o propuestas sobre una posible futura acreditación	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
20.	0.20. El proceso de acreditación no debe ser gravoso económicamente para la organización.	7,0	8,0	9,0	6	2	0,3	75%	19%	4%	SI
21.	0.21. Es importante que el proceso de acreditación se realice consensuadamente, desde un punto de vista económico de eficiencia, tanto para la SECA, como para las comunidades autónomas, como para los centros.	7,0	8,0	9,0	5	2	0,3	83%	15%	0%	SI
22.	0.22. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben ser informatizados.	8,0	9,0	9,0	4	1	0,1	94%	6%	0%	SI
23.	0.23. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contener un sistema de puntuación automático estandarizado ("sin evidencia" a "evidencia clara").	7,5	8,0	9,0	4	2	0,3	87%	13%	0%	SI
24.	0.24. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contemplar en los resultados: cumplimiento de objetivos, tendencias y comparaciones ("benchmark").	7,0	8,0	9,0	4	2	0,3	87%	13%	0%	SI
N.º	Estándares	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
1.	1.1. Las funciones, competencias y responsabilidades del responsable de la Unidad de Calidad están descritas.	7,0	8,0	9,0	6	2	0,3	90%	8%	2%	SI
2.	1.2. La Unidad de Calidad se reúne periódicamente y los documentos de sus reuniones reflejan los acuerdos y la distribución de responsabilidades.	7,0	8,0	9,0	7	2	0,3	87%	9%	4%	SI
3.	1.3. La Unidad de Calidad evalúa los resultados de su área de responsabilidad, sistemática y continuadamente.	7,0	8,0	9,0	7	2	0,3	88%	8%	4%	SI
4.	1.4. Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad.	4,5	7,0	8,0	8	4	0,6	60%	19%	19%	NO
5.	1.5. El responsable de la Unidad de Calidad debe participar en la formulación de los objetivos estratégicos de la organización.	7,5	8,0	9,0	7	2	0,3	88%	6%	4%	SI
6.	1.6. La Unidad de Calidad elabora y dispone los objetivos de sus áreas de responsabilidad e identifican los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos necesarios. Estos objetivos están consensuados y aprobados conjuntamente por la Dirección ejecutiva y los líderes correspondientes.	7,0	8,0	8,5	7	2	0,3	81%	10%	8%	SI
7.	1.7. La Unidad de Calidad participa en estructuras multidisciplinares de asesoramiento de apoyo propias de las áreas de su responsabilidad y las promueven.	8,0	8,0	9,0	6	1	0,1	94%	2%	2%	SI
8.	1.8. Hay la información necesaria para gestionar el área de responsabilidad de la Unidad de Calidad, de acuerdo con sus objetivos.	7,0	7,0	8,0	7	1	0,1	77%	13%	8%	SI
9.	1.9. Hay criterios para la evaluación del rendimiento y la efectividad de la Unidad de Calidad y adopta medidas de corrección derivadas de su evaluación.	6,5	8,0	8,0	7	2	0,3	73%	13%	12%	SI
10.	1.10. La Unidad de Calidad evalúa la calidad del servicio que presta, sistemática y continuadamente.	7,0	8,0	9,0	7	2	0,3	79%	8%	12%	SI
11.	1.11. El Plan de calidad se incorpora al Plan estratégico de la organización y es coherente con su misión.	7,9	8,0	9,0	8	1	0,1	88%	8%	2%	SI
12.	1.12. La Dirección ejecutiva asume la dirección del Plan y participa activamente en sus órganos de gestión, así como en la planificación y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad.	7,0	8,0	9,0	6	2	0,3	83%	10%	4%	SI

N.º	Estándares	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
13.	1.13. Hay un procedimiento para la definición de los indicadores que permite la homogeneidad y la comparabilidad interna y externa.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	79%	15%	4%	SI
14.	1.14. El plan de calidad emite resultados homogéneos y objetivos, de manera periódica.	7,0	8,0	8,5	8	2	0,3	87%	8%	4%	SI
15.	1.15. La organización tiene un sistema de control de calidad sobre sus proveedores y conoce si ellos disponen de algún sistema.	6,0	7,0	8,0	8	2	0,3	71%	17%	10%	SI
16.	1.16. La Unidad de Calidad diseña un mecanismo para incentivar la participación del personal en actividades o grupos de trabajo.	6,0	7,0	8,0	8	2	0,3	72%	22%	6%	SI
17.	1.17. El responsable de la Unidad de Calidad debe facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.	6,0	7,0	8,5	8	3	0,4	62%	31%	6%	NO
18.	1.18. El responsable de la Unidad de Calidad participa en el diseño de los puestos de trabajo de los miembros de la unidad.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	81%	12%	4%	SI
19.	1.19. El responsable de la Unidad de Calidad evalúa su liderazgo.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	56%	25%	17%	NO
20.	1.20. La Unidad de Calidad define su cartera de servicios y tiene definida sus responsabilidades en sus diferentes ámbitos de actuación.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	81%	15%	2%	SI
21.	2.1. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, los objetivos están alineados con los de la organización.	8,0	8,0	9,0	6	1	0,1	96%	0%	2%	SI
22.	2.2. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se dispone de la opinión de los ciudadanos y de las personas de la organización.	7,0	7,1	8,0	8	1	0,1	74%	16%	8%	SI
23.	2.3. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se incluyen las necesidades relacionadas con el sistema de mejora continua de la calidad.	7,5	8,0	9,0	8	2	0,3	94%	4%	2%	SI
24.	2.4. La Unidad de Calidad dispone de un cuadro de mando que proporciona información sistemática, precisa, estructurada y periódica sobre el desarrollo de la estrategia, permitiendo la comparación con otras organizaciones.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	84%	10%	4%	SI
25.	2.5. En la planificación, la Unidad de Calidad dispone de un sistema de gestión de la información más relevante, determinando quién tiene acceso a los diversos tipos de información.	7,0	8,0	8,0	8	1	0,1	74%	18%	6%	SI
26.	2.6. En la planificación de la Unidad de Calidad, se incorpora información procedente de la gestión por procesos y permite la gestión clínica por procesos.	7,0	7,1	9,0	8	2	0,3	78%	10%	10%	SI
27.	2.7. En la planificación de la Unidad de Calidad se utilizan los resultados y las tendencias de los años anteriores.	8,0	8,0	9,0	7	1	0,1	90%	6%	2%	SI
28.	2.8. En la planificación se incluyen los resultados económicos.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	54%	30%	14%	NO
29.	2.9. En el plan estratégico de la organización, se incluye la mejora continua entre sus actividades prioritarias fundamentales.	7,9	8,0	9,0	8	1	0,1	88%	8%	2%	SI
30.	2.10. La Unidad de Calidad dispone y desarrolla un plan de calidad que está aprobado, es vigente, dispone de los recursos necesarios para su implantación, se revisa con la periodicidad prevista y se da a conocer a todas las personas de la organización.	7,4	8,0	9,0	8	2	0,3	84%	10%	4%	SI
31.	2.11. El Plan de calidad define sus objetivos, la estructura organizativa propia, el modelo metodológico en que se sustenta, los procedimientos de funcionamiento y los recursos asignados.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	86%	10%	2%	SI
32.	2.12. El plan de calidad identifica oportunidades de mejora y establece los procedimientos de priorización de las actuaciones.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	82%	14%	2%	SI

N.º	Estándares	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
33.	2.13. La Unidad de Calidad define como identificar y desplegar los diferentes proyectos de mejora.	7,0	8,0	8,5	7	2	0,3	82%	14%	2%	SI
34.	2.14. El plan de calidad tiene una persona responsable de calidad y de seguridad de los pacientes escogida por la dirección de la organización.	8,0	8,2	9,0	8	1	0,1	96%	0%	2%	SI
35.	2.15. La Unidad de Calidad define un responsable de calidad en cada servicio para facilitar el despliegue.	6,0	7,0	8,0	8	2	0,3	71%	19%	10%	SI
36.	2.16. La Unidad de Calidad identifica y define los procesos clave que están alineados con la estrategia y son coherentes con el despliegue del plan de calidad y se revisan anualmente.	7,0	8,0	8,5	8	2	0,3	76%	18%	4%	SI
37.	2.17. El Plan de Calidad establece los indicadores clave que le permiten evaluar la efectividad del plan y monitorizar las estructuras, los procesos y los resultados, tanto clínicos como de gestión, de la organización asegurando la evaluación mediante criterios explícitos y transparentes.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	90%	4%	4%	SI
38.	2.18. La organización tiene definido como ha de comunicar internamente la estrategia de calidad.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	80%	14%	4%	SI
39.	3.1. El plan de formación incluye acciones formativas para todo el personal sobre calidad, mejora continua, y seguridad del paciente, basándose en los objetivos institucionales, los resultados de las encuestas de satisfacción y de la eficacia de la formación.	8,0	8,0	9,0	7	1	0,1	94%	4%	2%	SI
40.	3.2. El plan de formación prevé la formación de formadores en materia de calidad y seguridad de paciente.	7,0	8,0	9,0	7	2	0,3	78%	12%	10%	SI
41.	3.3. Se evalúa el resultado de la formación en materia de calidad, mejora continua y seguridad de paciente: satisfacción, adquisición de conocimientos y eficacia de la formación.	7,4	8,0	9,0	7	2	0,3	90%	6%	4%	SI
42.	3.4. Existen uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades susceptibles de mejoras detectadas por la organización en calidad y seguridad del paciente.	7,0	8,0	9,0	7	2	0,3	82%	12%	6%	SI
43.	3.5. La Unidad de calidad participa en la formación periódica de los profesionales en temas de calidad y seguridad del paciente, incluyendo los de nueva incorporación.	7,0	8,0	9,0	7	2	0,3	92%	4%	4%	SI
44.	4.1. El centro identifica y detalla el soporte externo que la gestión de la calidad requiere (acreditaciones, certificaciones, consultoras, asesorías).	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	82%	10%	8%	SI
45.	4.2. La Unidad de Calidad dispone de un presupuesto específico para la realización de sus funciones, lo conoce y participa en su formulación y seguimiento.	5,5	7,0	8,5	8	2	0,3	70%	19%	11%	SI
46.	4.3. La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad.	5,5	7,0	8,0	8	3	0,4	65%	22%	12%	NO
47.	4.4. La Unidad de Calidad dispone de un espacio físico identificable y suficiente para el desarrollo adecuado de sus funciones.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	88%	6%	6%	SI
48.	4.5. La Unidad de Calidad identifica para cada Unidad Funcional y proceso el profesional de referencia en lo que se refiere a la gestión de la calidad.	7,0	8,0	8,5	8	2	0,3	90%	2%	8%	SI
49.	4.6. La Unidad de Calidad promueve y establece acuerdos de colaboración con Asociaciones de Pacientes, Sociedades Científicas, Asociaciones de promoción de la calidad.	5,5	7,0	8,0	8	3	0,4	65%	22%	12%	NO

N.º	Estándares	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
50.	4.7.Las alianzas formales interinstitucionales se sustentan en convenios explícitos en los que se identifican los objetivos perseguidos.	6,0	7,0	8,0	8	2	0,3	71%	18%	11%	SI
51.	4.8. La Unidad de Calidad dispone de un sistema de información que le permite la realización de sus funciones.	8,0	8,0	9,0	8	1	0,1	96%	0%	4%	SI
52.	4.9. El Plan de Calidad se difunde y comunica adecuadamente.	7,4	8,0	9,0	8	2	0,3	88%	10%	2%	SI
53.	5.1. La Unidad de Calidad ha identificado sus procesos, productos y servicios.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	84%	12%	4%	SI
54.	5.2. La Unidad de Calidad ha identificado sus "grupos de interés" con sus respectivas expectativas y necesidades.	7,0	8,0	9,0	6	2	0,3	82%	16%	2%	SI
55.	5.3. La Unidad de Calidad tiene establecida una estrategia y una metodología para la selección e implantación de procesos y su gestión: diseño, procedimientos, diagramas de flujo, indicadores, DAFO y responsable.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	86%	8%	6%	SI
56.	5.4. La Unidad de Calidad tiene un "propietario" del proceso, que asume el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos, con autoridad funcional sobre todos los profesionales intervinientes.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	80%	14%	6%	SI
57.	5.5. La Unidad de Calidad dispone de "indicadores clave" que permita monitorizar su rendimiento y evaluar periódicamente su propuesta de valor.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	90%	6%	4%	SI
58.	5.6. La Unidad de Calidad elabora una memoria anual presentada a la Dirección que recoja los resultados claves y todas las acciones llevadas a cabo derivadas del Plan estratégico o del Plan de gestión.	7,4	8,0	9,0	8	2	0,3	88%	6%	6%	SI
59.	5.7.La Unidad de Calidad tiene identificados y priorizados los procesos asistenciales y no asistenciales, con la definición de los procedimientos que aplican.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	80%	10%	10%	SI
60.	5.8. La Unidad de Calidad identifica oportunidades de mejora continua de sus procesos, métodos y procedimientos, mediante un modelo de mejora continua.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	92%	2%	6%	SI
61.	5.9. La Unidad de Calidad utiliza los datos de los indicadores para mejorar los procesos.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	90%	6%	4%	SI
62.	5.10. La Unidad de Calidad establece objetivos de mejora de las áreas.	7,0	8,0	9,0	6	2	0,3	84%	10%	6%	SI
63.	5.11. La Unidad de Calidad lleva a cabo acciones para estimular la creatividad e innovación en los profesionales para mejorar los procesos.	6,9	7,0	8,0	8	1	0,1	78%	8%	12%	SI
64.	5.12. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes internos y externos, sus expectativas y necesidades y utiliza estos datos para el desarrollo de sus productos y servicios.	6,0	7,0	9,0	8	2	0,3	71%	22%	7%	SI
65.	5.13. La Unidad de Calidad diseña y desarrolla junto a los profesionales, nuevos productos y servicios que añadan valor para estos.	6,0	7,0	8,0	8	2	0,3	71%	14%	14%	SI
66.	5.14. La Unidad de Calidad dispone de procedimientos internos relacionados con los procesos que desarrolla.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	82%	6%	10%	SI
67.	5.15. La Unidad de Calidad participa en los procesos de certificación y acreditación que se realizan en el centro.	8,0	9,0	9,0	4	1	0,1	94%	4%	0%	SI
68.	5.16. La Unidad de Calidad participa en auditoría periódicas enfocadas a la mejora continua, en los diferentes servicios del centro y con una planificación específica según requerimientos.	8,0	9,0	9,0	5	1	0,1	94%	6%	0%	SI

N.º	Estándares	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
69.	5.17. Los incidentes / eventos adversos generados durante el proceso asistencial se identifican, registran, analizan y se corrigen, mediante metodologías validadas (por ejemplo: análisis causa-raíz (ACA), AMFE o modelo de fallos y sus efectos.	8,0	8,3	9,0	7	1	0,1	96%	2%	2%	SI
70.	5.18. La Unidad de Calidad vela por la existencia de procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes.	8,0	9,0	9,0	2	1	0,1	100%	0%	0%	SI
71.	5.19. El centro dispone guías asistenciales (guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos específicos, vías...) consensuados y basados en la evidencia científica actual, incorporando recomendaciones de buenas prácticas.	7,5	8,0	9,0	6	2	0,3	90%	8%	2%	SI
72.	5.20. Se establecen los circuitos de revisión y plazos de vigencia de la documentación de calidad y vela por su cumplimiento.	7,5	8,0	9,0	7	2	0,3	88%	10%	2%	SI
73.	5.21. Se evalúa la práctica asistencial mediante la evaluación de la adherencia a las guías asistenciales.	7,0	8,0	8,5	7	2	0,3	78%	16%	6%	SI
74.	5.22. La Unidad de calidad realiza seguimiento de los indicadores clave tanto de Calidad como específicamente de la Seguridad del Paciente, evalúa las tendencias y participa en la definición de las áreas de mejora.	8,0	8,4	9,0	4	1	0,1	98%	2%	0%	SI
75.	5.23. La Unidad de calidad realiza sesiones de difusión a los profesionales de los resultados de indicadores claves (incluyendo las notificaciones de incidentes y eventos adversos), de las prácticas evaluadas, de las áreas de mejora definidas y de las mejoras implementadas.	8,0	8,0	9,0	8	1	0,1	92%	4%	4%	SI
76.	5.24. La Unidad de calidad fomenta la comunicación con los profesionales y la participación de estos en el proceso del ciclo de mejora (PDCA).	7,8	8,0	9,0	8	1	0,1	84%	12%	4%	SI
77.	5.25. La Unidad de calidad fomenta la comunicación con la Dirección del centro y le hace participe de toda la información relevante para la gestión.	8,0	9,0	9,0	8	1	0,1	92%	6%	2%	SI
78.	5.26. La Unidad de calidad realiza seguimiento de la actividad de las diferentes comisiones definidas en el centro.	7,9	8,0	9,0	7	1	0,1	88%	8%	4%	SI
79.	6.1. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes sobre los servicios ofrecidos por la Unidad de Calidad.	6,0	7,0	9,0	8	2	0,3	70%	15%	15%	SI
80.	6.2. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto al grado de accesibilidad a los servicios ofrecidos.	6,0	7,0	8,0	8	3	0,4	69%	17%	14%	NO
81.	6.3. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto a la confidencialidad en el uso de sus datos.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	60%	19%	21%	NO
82.	6.4. La Unidad de Calidad evalúa las incidencias de transgresión de la LOPD en el ámbito que le corresponde.	5,0	7,0	8,0	7	3	0,4	60%	21%	19%	NO
83.	6.5. La Unidad de Calidad mide el número y el tiempo de respuesta de reclamaciones recibidas, agradecimientos y sugerencias.	6,0	7,0	8,5	8	2	0,3	70%	17%	13%	SI
84.	6.6. La Unidad de Calidad mide el número de solicitudes de soporte técnico o metodológico en Calidad generado desde las Unidades Funcionales del Centro.	6,0	7,0	8,5	8	2	0,3	71%	18%	11%	SI
85.	6.7. La Unidad de Calidad mide la participación de los miembros y los resultados de los objetivos realizados por las Comisiones y Grupos de Trabajo.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	85%	10%	4%	SI

N.º	Estándares	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
86.	7.1. Se mide el grado de conocimiento, aceptación y participación en el plan de calidad y seguridad del paciente.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	76%	12%	12%	SI
87.	7.2. Se mide el número de personas de la organización que participa en grupos de calidad y seguridad de pacientes.	7,5	8,0	9,0	8	2	0,3	92%	6%	2%	SI
88.	7.3. Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en calidad, seguridad del paciente y mejora continua.	8,0	8,0	9,0	8	1	0,1	94%	4%	2%	SI
89.	7.4. Se mide periódicamente el porcentaje de personas que trabajan en el ámbito de calidad que han mejorado sus competencias en relación a la evaluación de la adecuación persona-puesto.	6,0	7,0	8,0	8	3	0,4	65%	24%	10%	NO
90.	7.5. Se mide el grado de actividades de docencia, investigación e innovación realizadas por la Unidad de Calidad.	7,0	8,0	9,0	7	2	0,3	90%	8%	2%	SI
91.	8.1. Se cuantifica el número de profesionales y de días de estancia de profesionales externos a la organización y que desarrollan actividades de aprendizaje en la gestión de la calidad del Centro.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	61%	27%	12%	NO
92.	8.2. Se cuantifica el número de actividades formativas e informativas y el número de participantes, realizadas por los miembros de la Unidad de Calidad y dirigidas a personas externas a la organización.	6,5	7,0	8,5	8	2	0,3	73%	20%	6%	SI
93.	8.3. Se cuantifica la participación en asociaciones de participación ciudadana u otras administraciones en temas vinculados a la mejora de la calidad de sus ámbitos de competencia.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	59%	29%	12%	NO
94.	8.4. Se cuantifican las apariciones /menciones en prensa estatal/local, radio o TV a consecuencia de las actividades propias de la Unidad de Calidad.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	59%	27%	14%	NO
95.	8.5. Se cuantifican las visitas a las páginas web propias de la Unidad de Calidad.	5,0	6,0	7,5	8	3	0,5	41%	35%	24%	NO
96.	8.6. Se cuantifican los proyectos comunes con otras Unidades de Calidad de otras instituciones.	6,0	7,0	8,0	8	2	0,3	71%	20%	8%	SI
97.	8.7. Se cuantifican los premios y/o reconocimientos a personas o instituciones externas que la Unidad de Calidad ha realizado.	6,0	7,0	8,0	8	2	0,3	71%	20%	8%	SI
98.	8.8. Se cuantifica el número de publicaciones en revistas especializadas y no especializadas internacionales o nacionales.	7,0	7,4	8,0	6	1	0,1	80%	14%	6%	SI
99.	8.9. Se cuantifica el promedio del factor de impacto (u otros sistemas de medida) de las publicaciones científicas.	6,5	7,0	8,0	8	2	0,3	73%	14%	12%	SI
100.	8.10. Se cuantifica el número de ponencias aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.	7,0	8,0	8,0	8	1	0,1	80%	12%	8%	SI
101.	8.11. Se cuantifica el número de comunicaciones aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.	7,0	7,2	8,0	8	1	0,1	80%	10%	8%	SI
102.	8.12. Se cuantifica el número de premios/reconocimientos recibidos en la Unidad de Calidad por parte de entidades externas a la organización (instituciones, medios de comunicación, entidades científicas).	7,0	8,0	8,5	8	2	0,3	80%	16%	4%	SI
103.	9.1. Se mide el grado de cumplimiento de los objetivos fijados por la Unidad de Calidad.	8,0	8,2	9,0	8	1	0,1	96%	0%	4%	SI
104.	9.2. Se mide el grado de actualización de los protocolos y otros documentos estandarizados existentes en la organización.	7,7	8,0	9,0	8	1	0,1	85%	10%	4%	SI

N.º	Estándares	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
105.	9.3. Se mide el número de acontecimientos adversos analizados mediante metodologías validadas (Como ejemplo: Análisis causa-raíz (ACA), AMFE: modelo de fallos y sus efectos.	8,0	8,2	9,0	8	1	0,1	98%	0%	2%	SI
106.	9.4. Se evalúan los resultados y las acciones de mejora propuestas (en los indicadores de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización).	8,0	8,0	9,0	8	1	0,1	96%	2%	2%	SI
107.	9.5. Se mide el grado de soporte que da la Unidad de Calidad en los procesos de acreditación y/o certificaciones.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	79%	8%	8%	SI
108.	9.6. Se mide el funcionamiento de las comisiones, los grupos de trabajo, grupos de mejora o comités existentes en la organización.	7,0	8,0	9,0	4	2	0,3	79%	19%	0%	SI
109.	9.7. Se miden los resultados y el grado de cumplimiento de las acciones de mejora derivadas de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización.	8,0	8,0	9,0	8	1	0,1	96%	0%	2%	SI
110.	9.8. Se mide el grado de difusión de los resultados de calidad de la organización.	7,0	8,0	9,0	8	2	0,3	79%	10%	8%	SI

Códigos de los estándares: 1: Enfoque directivo; 2: Enfoque estratégico; 3: Profesionales; 4: Recursos y Alianzas; 5: Gestión por procesos; 6: Resultados en los pacientes; 7: Resultados en los profesionales; 8: Resultados sociales; 9: Resultados principales de los equipos de calidad.

P25: percentiles 25; **P50:** percentiles 50; **P75:** percentiles 75; **R:** rango; **RI:** rango o amplitud intercuartílica; **RIR:** rango o amplitud intercuartílica relativa: % 7-9: % acumulado (+) entre la puntuación 7 y 9; % 4-6: % acumulado (±) entre 4 y 6; % 1-3: % acumulado (-) entre 1 y 3; **CONS:** consenso Sí "acuerdo" ($\geq 70\%$, media ≥ 7 o $RI \leq 2$).

Anexo 10. Resultados del consenso Delphi: 2ª ronda (I).

Resultados estadísticos del consenso Delphi sobre los conceptos de una futura acreditación, y sobre los estándares del listado 3.º revisado: 2ª ronda (I) (Variable 6).

N.º	Conceptos o propuestas sobre una posible futura acreditación	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
3	0.3. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser externas a la sociedad de calidad de cada comunidad autónoma.	0.3	47	6,1	5,3	7,0	7	9	2,7	7,5	1	9
4	0.4. Las auditorías para alcanzar la acreditación final las debe realizar la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.4	47	5,4	4,6	6,3	6	8	2,7	7,4	1	9
5	0.5. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas por las sociedades de calidad de la propia comunidad autónoma.	0.5	47	4,0	3,3	4,8	4	1	2,5	6,2	1	9
6	0.6. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.6	47	6,2	5,4	7,2	7,5	9	2,8	8,1	1	9
8	0.8. La formación de los profesionales que realizan las auditorías debe ser realizada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.8	47	5,5	4,6	6,3	6	7	2,7	7,1	1	9
9	0.9. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.9	47	4,4	3,5	5,0	5	5	2,5	6,4	1	9
10	0.10. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.10	47	6,8	6,1	7,7	8	8	2,6	6,7	1	9
11	0.11. El certificado de la acreditación debe ser emitido únicamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.11	47	5,2	4,4	6,2	5	9	3,0	8,7	1	9
12	0.12. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.12	47	3,7	2,8	4,2	3	1	2,4	5,7	1	9
13	0.13. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma conjuntamente con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.13	47	6,7	5,8	7,5	8	9	2,7	7,1	1	9
14	0.14. Deben existir 2 o 3 distintos niveles de acreditación, por ejemplo "avanzado", "óptimo" y "excelente".	0.14	47	6,7	5,8	7,5	7,5	9	2,7	7,2	1	9
15	0.15. Solo debe existir un nivel de acreditación, por ejemplo "acreditado" y nada más.	0.15	47	4,0	3,2	4,8	3	3	2,7	7,1	1	9
17	0.17. Debe existir 1 solo tipo de estándares: obligatorios (deben cumplirse).	0.17	47	4,3	3,6	5,2	3	3	2,7	7,2	1	9
18	0.18. La acreditación debe tener una vigencia de 3 años y luego volver a acreditarse.	0.18	47	6,3	5,5	7,1	7	8	2,4	5,9	1	9
19	0.19. La acreditación debe tener una vigencia de 5 años y luego volver a acreditarse.	0.19	47	4,8	3,7	5,5	4	1	2,9	8,3	1	9
N.º	Estándares	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
4	1.4. Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad.	1.4	47	6,9	6,2	7,5	7	8	2,0	3,9	2	9
17	1.17. El responsable de la Unidad de Calidad debe facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.	1.17	47	7,0	6,3	7,7	8	8	2,2	4,7	1	9
19	1.19. El responsable de la Unidad de Calidad evalúa su liderazgo.	1.19	47	6,6	5,8	7,2	7	9	2,3	5,3	1	9
28	2.8. En la planificación se incluyen los resultados económicos.	2.8	47	6,6	5,9	7,1	7	7	2,0	3,9	1	9

N.º	Estándares	CE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MO	DE	V	Vm	VM
46	4.3. La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad.	4.3	47	7,1	6,5	7,6	7	7	1,7	3,1	1	9
49	4.6. La Unidad de Calidad promueve y establece acuerdos de colaboración con Asociaciones de Pacientes, Sociedades Científicas, Asociaciones de promoción de la calidad.	4.6	47	6,8	6,2	7,4	7	7	1,9	3,7	1	9
80	6.2. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto al grado de accesibilidad a los servicios ofrecidos.	6.1	47	6,6	6,10	7,40	7	7	2,30	5,0	1	9
81	6.3. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto a la confidencialidad en el uso de sus datos.	6.3	47	5,9	5,0	6,6	7	7	2,5	6,4	1	9
82	6.4. La Unidad de Calidad evalúa las incidencias de transgresión de la LOPD en el ámbito que le corresponde.	6.4	47	5,9	5,0	6,6	7	7	2,5	6,4	1	9
89	7.4. Se mide periódicamente el porcentaje de personas que trabajan en el ámbito de calidad que han mejorado sus competencias en relación a la evaluación de la adecuación persona-puesto.	7.4	47	6,4	5,6	6,9	7	7	2,1	4,4	1	9
91	8.1. Se cuantifica el número de profesionales y de días de estancia de profesionales externos a la organización y que desarrollan actividades de aprendizaje en la gestión de la calidad en el Centro.	8.1	47	6,0	5,2	6,6	7	7	2,2	4,9	1	9
93	8.3. Se cuantifica la participación en asociaciones de participación ciudadana u otras administraciones en temas vinculados a la mejora de la calidad de sus ámbitos de competencia.	8.3	47	5,6	4,9	6,3	6	7	2,2	4,9	1	9
94	8.4. Se cuantifican las apariciones /menciones en prensa estatal/local, radio o TV a consecuencia de las actividades propias de la Unidad de Calidad.	8.4	47	5,7	5,0	6,4	6	7	2,2	5,0	1	9
95	8.5. Se cuantifican las visitas a las páginas web propias de la Unidad de Calidad.	8.5	47	5,8	5,1	6,5	7	8	2,3	5,1	1	9

Códigos de los estándares: 1: Enfoque directivo; 2: Enfoque estratégico; 3: Profesionales; 4: Recursos y Alianzas; 5: Gestión por procesos; 6: Resultados en los pacientes; 7: Resultados en los profesionales; 8: Resultados sociales; 9: Resultados principales de los equipos de calidad.

CE: número de los estándares; **NR:** número de respuestas; **ME:** media; **IC-LI:** intervalo de confianza para la media al 95% (límite inferior); **IC-LS:** intervalo de confianza para la media al 95% (límite superior); **MN:** mediana; **MO:** moda; **DE:** desviación típica; **V:** varianza; **Vm:** valor mínimo; **VM:** valor máximo.

Anexo 11. Resultados del consenso Delphi: 2ª ronda (II).

Resultados estadísticos del consenso Delphi sobre los conceptos de una futura acreditación, y sobre los estándares del listado 3.º revisado: 2ª ronda (II) (Variable 6).

N.º	Conceptos o propuestas sobre una posible futura acreditación	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
3	0.3. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser externas a la sociedad de calidad de cada comunidad autónoma.	4,0	7,0	9,0	8	5	0,7	55%	21%	23%	NO
4	0.4. Las auditorías para alcanzar la acreditación final las debe realizar la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	3,0	6,0	8,0	8	5	0,8	45%	26%	30%	NO
5	0.5. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas por las sociedades de calidad de la propia comunidad autónoma.	2,0	4,0	6,0	8	4	1,0	21%	30%	49%	NO
6	0.6. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	4,8	7,5	9,0	8	4	0,5	55%	21%	21%	NO
8	0.8. La formación de los profesionales que realizan las auditorías debe ser realizada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	3,0	6,0	8,0	8	5	0,8	43%	28%	26%	NO
9	0.9. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	2,0	5,0	7,0	8	4	0,8	26%	32%	40%	NO
10	0.10. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	5,0	8,0	9,0	8	4	0,5	66%	17%	13%	NO
11	0.11. El certificado de la acreditación debe ser emitido únicamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	3,0	5,0	8,0	8	5	1,0	38%	26%	34%	NO
12	0.12. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	1,0	3,0	5,0	8	4	1,3	15%	30%	53%	NO
13	0.13. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma conjuntamente con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	5,0	8,0	9,0	8	4	0,5	68%	13%	17%	NO
14	0.14. Deben existir 2 o 3 distintos niveles de acreditación, por ejemplo "avanzado", "óptimo" y "excelente"	4,8	7,5	9,0	8	4	0,5	64%	17%	17%	NO
15	0.15. Solo debe existir un nivel de acreditación, por ejemplo "acreditado" y nada más.	1,8	3,0	7,0	8	5	1,7	26%	15%	57%	NO
17	0.17. Debe existir 1 solo tipo de estándares: obligatorios (deben cumplirse) .	2,0	3,0	7,0	8	5	1,7	28%	19%	51%	NO
18	0.18. La acreditación debe tener una vigencia de 3 años y luego volver a acreditarse.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	60%	19%	19%	NO
19	0.19. La acreditación debe tener una vigencia de 5 años y luego volver a acreditarse.	2,0	4,0	8,0	8	6	1,5	36%	19%	43%	NO
N.º	Estándares	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
4	1.4. Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad.	6,0	7,0	8,0	7	2	0,3	72%	17%	11%	SÍ
17	1.17. El responsable de la Unidad de Calidad debe facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.	7,0	8,0	8,3	8	2	0,3	78%	9%	13%	SÍ
19	1.19. El responsable de la Unidad de Calidad evalúa su liderazgo.	5,0	7,0	8,3	8	3	0,4	63%	24%	13%	NO
28	2.8. En la planificación se incluyen los resultados económicos.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	67%	20%	13%	NO

N.º	Estándares	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	CONS
46	4.3. La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad.	7,0	7,0	8,0	8	1	0,1	85%	9%	7%	SÍ
49	4.6. La Unidad de Calidad promueve y establece acuerdos de colaboración con Asociaciones de Pacientes, Sociedades Científicas, Asociaciones de promoción de la calidad.	6,0	7,0	8,0	8	2	0,3	72%	17%	11%	SÍ
80	6.2. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto al grado de accesibilidad a los servicios ofrecidos.	6,1	7,0	8,0	8	3	0,4	68%	16%	14%	NO
81	6.3. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto a la confidencialidad en el uso de sus datos.	3,0	7,0	8,0	8	5	0,7	54%	20%	26%	NO
82	6.4. La Unidad de Calidad evalúa las incidencias de transgresión de la LOPD en el ámbito que le corresponde.	3,8	7,0	8,0	8	5	0,7	54%	22%	24%	NO
89	7.4. Se mide periódicamente el porcentaje de personas que trabajan en el ámbito de calidad que han mejorado sus competencias en relación a la evaluación de la adecuación persona-puesto.	5,0	7,0	8,0	8	3	0,4	63%	22%	15%	NO
91	8.1. Se cuantifica el número de profesionales y de días de estancia de profesionales externos a la organización y que desarrollan actividades de aprendizaje en la gestión de la calidad en el Centro.	4,0	7,0	7,0	8	3	0,4	56%	29%	16%	NO
93	8.3. Se cuantifica la participación en asociaciones de participación ciudadana u otras administraciones en temas vinculados a la mejora de la calidad de sus ámbitos de competencia.	4,0	6,0	7,0	8	3	0,5	42%	40%	18%	NO
94	8.4. Se cuantifican las apariciones /menciones en prensa estatal/local, radio o TV a consecuencia de las actividades propias de la Unidad de Calidad.	4,5	6,0	7,0	8	3	0,5	42%	38%	20%	NO
95	8.5. Se cuantifican las visitas a las páginas web propias de la Unidad de Calidad.	4,0	7,0	8,0	8	4	0,6	51%	29%	20%	NO

Códigos de los estándares: 1: Enfoque directivo; 2: Enfoque estratégico; 3: Profesionales; 4: Recursos y Alianzas; 5: Gestión por procesos; 6: Resultados en los pacientes; 7: Resultados en los profesionales; 8: Resultados sociales; 9: Resultados principales de los equipos de calidad.

P25: percentiles 25; **P50:** percentiles 50; **P75:** percentiles 75; **R:** rango; **RI:** rango o amplitud intercuartílica; **RIR:** rango o amplitud intercuartílica relativa; **% 7-9:** % acumulado (+) entre la puntuación 7 y 9; **% 4-6:** % acumulado (±) entre 4 y 6; **% 1-3:** % acumulado (-) entre 1 y 3; **CONS:** consenso "acuerdo" ($\geq 70\%$, media ≥ 7 o $RI \leq 2$).

Anexo 12. Resultados del consenso definitivo Delphi: 2 rondas.

Resultados estadísticos del consenso definitivo Delphi en las 2 rondas sobre los conceptos de una futura acreditación, y sobre los estándares del listado 3.º de síntesis (Variable 7).

N.º	Conceptos o propuestas sobre una posible futura acreditación	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
1.	0.1. En el proceso de acreditación, el centro debe realizar una autoevaluación previa.	0.1	53	8,0	7,6	8,3	8,0	9,0	1,4	1,8	3	9	7,0	8,0	9,0	6	2,0	0,25	89%	9%	2%	0,8	0,77	0,73	0,82	<0,001	SI
2.	0.2. En el proceso de acreditación, no es necesario realizar una autoevaluación previa.	0.2	53	2,3	1,8	2,8	2,0	1,0	1,9	3,6	1	8	1,0	2,0	3,0	7	2,0	1,00	6%	11%	83%	-0,9	0,15	0,09	0,20	<0,001	SI
3.	0.3. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser externas a la sociedad de calidad de cada comunidad autónoma.	0.3	53	6,1	5,6	6,6	6,0	6,0	1,8	3,4	2	9	4,5	6,0	7,0	7	3,0	0,42	47%	29%	24%	-0,4	0,5	0,5	0,6	<0,001	NO
4.	0.4. Las auditorías para alcanzar la acreditación final las debe realizar la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.4	53	6,1	5,5	6,6	6,0	7,0	1,9	3,5	2	9	4,5	6,0	7,5	7	3,0	0,50	51%	27%	21%	-0,2	0,5	0,5	0,6	<0,001	NO
5.	0.5. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas por las sociedades de calidad de la propia comunidad autónoma.	0.5	53	4,3	3,9	4,7	4,0	5,0	1,6	2,5	1	8	3,0	4,0	5,0	7	2,0	0,50	19%	35%	46%	-0,9	0,3	0,3	0,4	<0,001	NO
6.	0.6. Las auditorías para alcanzar la acreditación final deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.6	53	6,3	5,8	6,8	6,0	7,0	1,8	3,3	3	9	5,0	6,0	8,0	6	3,0	0,50	55%	24%	20%	-0,3	0,6	0,5	0,6	<0,001	NO
7.	0.7. Los profesionales que realizan las auditorías deben estar expresamente formados para realizarlas.	0.7	53	8,3	8,0	8,6	9,0	9,0	1,0	0,9	5	9	8,0	9,0	9,0	4	1,0	0,11	96%	4%	0%	0,9	0,81	0,78	0,84	<0,001	SI

N.º	Conceptos o propuestas sobre una posible futura acreditación	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
8.	0.8. La formación de los profesionales que realizan las auditorías debe ser realizada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.8	53	5,8	5,3	6,3	6,0	6,0	1,8	3,1	3	9	5,0	6,0	7,0	6	2,0	0,33	49%	32%	17%	-0,4	0,5	0,5	0,6	<0,001	NO
9.	0.9. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.9	53	4,7	4,2	5,2	5,0	5,0	1,8	3,4	1	9	3,0	5,0	6,0	8	3,0	0,60	25%	39%	35%	-0,8	0,4	0,3	0,4	<0,001	NO
10.	0.10. La formación de los profesionales que realizan las auditorías deben ser realizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.10	53	6,8	6,3	7,3	7,0	7,0	1,8	3,2	2	9	6,0	7,0	8,0	7	2,0	0,29	58%	25%	15%	0,1	0,6	0,6	0,7	<0,001	NO
11.	0.11. El certificado de la acreditación debe ser emitido únicamente por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.11	53	5,5	4,9	6,1	5,0	5,0	2,2	4,7	1	9	4,0	5,0	8,0	8	4,0	0,80	41%	27%	31%	-0,4	0,5	0,4	0,5	<0,001	NO
12.	0.12. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma.	0.12	53	3,9	3,4	4,4	4,0	4,0	1,8	3,2	1	9	2,5	4,0	5,0	8	3,0	0,63	16%	33%	50%	-0,89	0,30	0,25	0,35	<0,001	NO
13.	0.13. El certificado de la acreditación debe ser emitido por las sociedades de calidad de cada comunidad autónoma conjuntamente con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).	0.13	53	6,6	6,1	7,1	7,0	7,0	1,8	3,3	3	9	6,0	7,0	8,0	6	2,0	0,29	62%	18%	19%	0,02	0,61	0,56	0,67	<0,001	NO
14.	0.14. Deben existir 2 o 3 distintos niveles de acreditación, por ejemplo "avanzado", "óptimo" y "excelente".	0.14	53	6,8	6,2	7,3	7,0	7,0	2,0	4,2	2	9	5,5	7,0	8,0	7	3,0	0,36	65%	18%	16%	0,17	0,62	0,56	0,69	<0,001	NO
15.	0.15. Solo debe existir un nivel de acreditación, por ejemplo "acreditado" y nada más.	0.15	53	4,1	3,6	4,6	4,0	4,0	1,9	3,6	1	8	3,0	4,0	5,0	7	2,0	0,50	24%	15%	60%	-0,74	0,33	0,27	0,39	<0,001	NO

N.º	Conceptos o propuestas sobre una posible futura acreditación	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
16.	0.16. Deben existir dos tipos de estándares: obligatorios (deben cumplirse) y optativos (pueden cumplirse para optar a niveles superiores de acreditación).	0.16	53	7,1	6,5	7,7	8,0	8,0	2,3	5,1	1	9	7,0	8,0	8,0	8	1,0	0,13	79%	8%	13%	0,58	0,68	0,61	0,74	<0,001	SI
17.	0.17. Debe existir 1 solo tipo de estándares: obligatorios (deben cumplirse) .	0.17	53	4,3	3,8	4,9	4,0	4,0	1,9	3,8	1	8	3,0	4,0	6,0	7	3,0	0,75	20%	18%	59%	-0,70	0,35	0,29	0,41	<0,001	NO
18.	0.18. La acreditación debe tener una vigencia de 3 años y luego volver a acreditarse.	0.18	53	6,4	5,8	7,0	7,0	8,0	1,9	3,5	2	9	5,0	7,0	8,0	7	3,0	0,43	59%	22%	17%	-0,09	0,59	0,53	0,65	<0,001	NO
19.	0.19. La acreditación debe tener una vigencia de 5 años y luego volver a acreditarse.	0.19	53	5,0	4,4	5,7	4,0	4,0	2,3	5,1	1	9	3,5	4,0	7,0	8	4,0	0,88	37%	20%	42%	-0,55	0,42	0,36	0,49	<0,001	NO
20.	0.20. El proceso de acreditación no debe ser gravoso económicamente para la organización.	0.20	53	7,4	7,0	7,9	8,0	9,0	1,7	2,9	3	9	7,0	8,0	9,0	6	2,0	0,25	75%	19%	4%	0,55	0,71	0,66	0,76	<0,001	SI
21.	0.21. Es importante que el proceso de acreditación se realice consensuadamente, desde un punto de vista económico de eficiencia, tanto para la SECA, como para las comunidades autónomas, como para los centros.	0.21	53	7,6	7,2	7,9	8,0	8,0	1,3	1,8	4	9	7,0	8,0	9,0	5	2,0	0,25	83%	15%	0%	0,70	0,73	0,69	0,77	<0,001	SI
22.	0.22. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben ser informatizados.	0.22	53	8,3	8,0	8,6	9,0	9,0	1,0	1,0	5	9	8,0	9,0	9,0	4	1,0	0,11	94%	6%	0%	0,89	0,81	0,78	0,84	<0,001	SI
23.	0.23. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contener un sistema de puntuación automático estandarizado ("sin evidencia" a "evidencia clara").	0.23	53	8,0	7,7	8,4	8,0	9,0	1,2	1,4	5	9	7,5	8,0	9,0	4	2,0	0,19	87%	13%	0%	0,74	0,78	0,74	0,82	<0,001	SI
24.	0.24. Los cuestionarios de autoevaluación y de auditoría deben contemplar en los resultados: cumplimiento de objetivos, tendencias y comparaciones ("benchmark").	0.24	53	7,8	7,5	8,1	8,0	9,0	1,1	1,3	5	9	7,0	8,0	9,0	4	2,0	0,25	87%	13%	0%	0,74	0,76	0,72	0,79	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
1.	1.1. Las funciones, competencias y responsabilidades del responsable de la Unidad de Calidad están descritas.	1.1	53	8,0	7,6	8,3	8,0	9,0	1,2	1,5	3	9	7,0	8,0	9,0	6	2,0	0,25	90%	8%	2%	0,81	0,77	0,74	0,81	<0,001	SI
2.	1.2. La Unidad de Calidad se reúne periódicamente y los documentos de sus reuniones reflejan los acuerdos y la distribución de responsabilidades.	1.2	53	7,7	7,3	8,1	8,0	9,0	1,5	2,3	2	9	7,0	8,0	9,0	7	2,0	0,25	87%	10%	4%	0,74	0,74	0,70	0,79	<0,001	SI
3.	1.3. La Unidad de Calidad evalúa los resultados de su área de responsabilidad, sistemática y continuamente.	1.3	53	7,8	7,4	8,2	8,0	8,0	1,5	2,2	2	9	7,0	8,0	9,0	7	2,0	0,25	88%	8%	4%	0,77	0,75	0,71	0,80	<0,001	SI
4.	1.4. Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad.	1.4	53	6,9	6,4	7,3	7,0	7,0	1,7	2,8	2	9	6,0	7,0	8,0	7	2,0	0,29	64%	18%	15%	0,21	0,64	0,59	0,69	<0,001	NO
5.	1.5. El responsable de la Unidad de Calidad debe participar en la formulación de los objetivos estratégicos de la organización.	1.5	53	7,9	7,5	8,3	8,0	9,0	1,5	2,2	2	9	7,5	8,0	9,0	7	2,0	0,19	88%	6%	4%	0,81	0,77	0,72	0,81	<0,001	SI
6.	1.6. La Unidad de Calidad elabora y dispone los objetivos de sus áreas de responsabilidad e identifican los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos necesarios. Estos objetivos están consensuados y aprobados conjuntamente por la Dirección ejecutiva y los líderes correspondientes.	1.6	53	7,4	6,9	7,9	8,0	8,0	1,7	3,0	2	9	7,0	8,0	8,5	7	2,0	0,19	81%	10%	8%	0,66	0,71	0,66	0,76	<0,001	SI
7.	1.7. La Unidad de Calidad participa en estructuras multidisciplinares de asesoramiento de apoyo propias de las áreas de su responsabilidad y las promueven.	1.7	53	8,1	7,8	8,4	8,0	8,0	1,0	1,1	3	9	8,0	8,0	9,0	6	1,0	0,13	94%	2%	2%	0,92	0,79	0,75	0,82	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
8.	1.8. Hay la información necesaria para gestionar el área de responsabilidad de la Unidad de Calidad, de acuerdo con sus objetivos.	1.8	53	7,1	6,6	7,6	7,0	7,0	1,7	3,0	2	9	7,0	7,0	8,0	7	1,0	0,14	77%	13%	8%	0,58	0,68	0,62	0,73	<0,001	SI
9.	1.9. Hay criterios para la evaluación del rendimiento y la efectividad de la Unidad de Calidad y adopta medidas de corrección derivadas de su evaluación.	1.9	53	7,0	6,4	7,5	8,0	8,0	2,0	4,0	2	9	6,5	8,0	8,0	7	2,0	0,19	73%	13%	12%	0,51	0,66	0,60	0,72	<0,001	SI
10.	1.10. La Unidad de Calidad evalúa la calidad del servicio que presta, sistemática y continuamente.	1.10	53	7,3	6,7	7,8	8,0	8,0	2,0	4,0	2	9	7,0	8,0	9,0	7	2,0	0,25	79%	8%	12%	0,62	0,70	0,64	0,76	<0,001	SI
11.	1.11. El Plan de calidad se incorpora al Plan estratégico de la organización y es coherente con su misión.	1.11	53	7,9	7,6	8,3	8,0	8,0	1,4	1,8	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	88%	8%	2%	0,81	0,77	0,73	0,81	<0,001	SI
12.	1.12. La Dirección ejecutiva asume la dirección del Plan y participa activamente en sus órganos de gestión, así como en la planificación y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad.	1.12	53	7,7	7,3	8,1	8,0	8,0	1,5	2,1	3	9	7,0	8,0	9,0	6	2,0	0,25	83%	10%	4%	0,74	0,74	0,69	0,78	<0,001	SI
13.	1.13. Hay un procedimiento para la definición de los indicadores que permite la homogeneidad y la comparabilidad interna y externa.	1.13	53	7,4	6,9	7,8	8,0	8,0	1,7	2,8	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	79%	15%	4%	0,62	0,71	0,66	0,76	<0,001	SI
14.	1.14. El plan de calidad emite resultados homogéneos y objetivos, de manera periódica.	1.14	53	7,7	7,2	8,1	8,0	8,0	1,5	2,2	1	9	7,0	8,0	8,5	8	2,0	0,19	87%	8%	4%	0,77	0,74	0,69	0,78	<0,001	SI
15.	1.15. La organización tiene un sistema de control de calidad sobre sus proveedores y conoce si ellos disponen de algún sistema.	1.15	53	6,9	6,4	7,4	7,0	7,0	1,8	3,3	1	9	6,0	7,0	8,0	8	2,0	0,29	71%	17%	10%	0,47	0,66	0,60	0,72	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
16.	1.16. La Unidad de Calidad diseña un mecanismo para incentivar la participación del personal en actividades o grupos de trabajo.	1.16	53	6,8	6,2	7,4	7,0	7,0	2,0	4,2	1	9	6,0	7,0	8,0	8	2,0	0,29	65%	25%	8%	0,28	0,64	0,58	0,71	<0,001	NO
17.	1.17. El responsable de la Unidad de Calidad debe facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.	1.17	53	7,2	6,7	7,6	7,0	7,0	1,6	2,6	2	9	7,0	7,0	8,0	7	1,0	0,14	68%	20%	9%	0,36	0,67	0,62	0,72	<0,001	NO
18.	1.18. El responsable de la Unidad de Calidad participa en el diseño de los puestos de trabajo de los miembros de la unidad.	1.18	53	7,4	7,0	7,9	8,0	7,0	1,7	2,8	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	81%	12%	4%	0,70	0,72	0,67	0,77	<0,001	SI
19.	1.19. El responsable de la Unidad de Calidad evalúa su liderazgo.	1.19	53	6,7	6,2	7,2	7,0	7,0	1,8	3,1	1	9	6,0	7,0	8,0	8	2,0	0,29	58%	24%	15%	0,06	0,62	0,56	0,67	<0,001	NO
20.	1.20. La Unidad de Calidad define su cartera de servicios y tiene definida sus responsabilidades en sus diferentes ámbitos de actuación.	1.20	53	7,5	7,0	7,9	8,0	8,0	1,6	2,5	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	81%	15%	2%	0,66	0,72	0,67	0,77	<0,001	SI
21.	2.1. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, los objetivos están alineados con los de la organización.	2.1	53	8,3	8,0	8,5	8,0	8,0	0,9	0,9	3	9	8,0	8,0	9,0	6	1,0	0,13	96%	0%	2%	0,96	0,81	0,78	0,84	<0,001	SI
22.	2.2. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se dispone de la opinión de los ciudadanos y de las personas de la organización.	2.2	53	7,1	6,7	7,6	7,0	7,0	1,8	3,2	1	9	7,0	7,0	8,0	8	1,0	0,14	74%	16%	8%	0,55	0,68	0,63	0,74	<0,001	SI
23.	2.3. Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se incluyen las necesidades relacionadas con el sistema de mejora continua de la calidad.	2.3	53	7,9	7,6	8,3	8,0	8,0	1,3	1,6	1	9	7,5	8,0	9,0	8	2,0	0,19	94%	4%	2%	0,89	0,77	0,73	0,81	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
24.	2.4. La Unidad de Calidad dispone de un cuadro de mando que proporciona información sistemática, precisa, estructurada y periódica sobre el desarrollo de la estrategia, permitiendo la comparación con otras organizaciones.	2.4	53	7,7	7,2	8,1	8,0	8,0	1,7	2,8	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	84%	10%	4%	0,74	0,74	0,69	0,79	<0,001	SI
25.	2.5. En la planificación, la Unidad de Calidad dispone de un sistema de gestión de la información más relevante, determinando quién tiene acceso a los diversos tipos de información.	2.5	53	7,2	6,7	7,7	8,0	8,0	1,7	2,9	1	9	7,0	8,0	8,0	8	1,0	0,13	74%	18%	6%	0,55	0,69	0,64	0,74	<0,001	SI
26.	2.6. En la planificación de la Unidad de Calidad, se incorpora información procedente de la gestión por procesos y permite la gestión clínica por procesos.	2.6	53	7,1	6,6	7,7	7,0	7,0	2,0	4,0	1	9	7,0	7,0	9,0	8	2,0	0,29	78%	10%	10%	0,62	0,68	0,62	0,74	<0,001	SI
27.	2.7. En la planificación de la Unidad de Calidad se utilizan los resultados y las tendencias de los años anteriores.	2.7	53	8,1	7,7	8,4	8,0	8,0	1,3	1,6	2	9	8,0	8,0	9,0	7	1,0	0,13	90%	6%	2%	0,85	0,78	0,75	0,82	<0,001	SI
28.	2.8. En la planificación se incluyen los resultados económicos.	2.8	53	6,7	6,2	7,1	7,0	7,0	1,5	2,3	2	9	6,0	7,0	8,0	7	2,0	0,29	58%	24%	13%	0,06	0,61	0,57	0,66	<0,001	NO
29.	2.9. En el plan estratégico de la organización, se incluye la mejora continua entre sus actividades prioritarias fundamentales.	2.9	53	7,9	7,4	8,3	8,0	8,0	1,5	2,3	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	88%	8%	2%	0,81	0,76	0,72	0,81	<0,001	SI
30.	2.10. La Unidad de Calidad dispone y desarrolla un plan de calidad que está aprobado, es vigente, dispone de los recursos necesarios para su implantación, se revisa con la periodicidad prevista y se da a conocer a todas las personas de la organización.	2.10	53	7,8	7,3	8,2	8,0	8,0	1,7	2,8	1	9	7,5	8,0	9,0	8	2,0	0,19	84%	10%	4%	0,74	0,75	0,70	0,80	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
31.	2.11. El Plan de calidad define sus objetivos, la estructura organizativa propia, el modelo metodológico en que se sustenta, los procedimientos de funcionamiento y los recursos asignados.	2.11	53	7,8	7,4	8,2	8,0	9,0	1,5	2,4	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	86%	10%	2%	0,77	0,75	0,71	0,80	<0,001	SI
32.	2.12. El plan de calidad identifica oportunidades de mejora y establece los procedimientos de priorización de las actuaciones.	2.12	53	7,7	7,2	8,1	8,0	9,0	1,6	2,5	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	82%	14%	2%	0,70	0,74	0,69	0,79	<0,001	SI
33.	2.13. La Unidad de Calidad define como identificar y desplegar los diferentes proyectos de mejora.	2.13	53	7,4	7,0	7,9	8,0	8,0	1,5	2,4	2	9	7,0	8,0	8,5	7	2,0	0,19	82%	14%	2%	0,70	0,72	0,67	0,76	<0,001	SI
34.	2.14. El plan de calidad tiene una persona responsable de calidad y de seguridad de los pacientes escogida por la dirección de la organización.	2.14	53	8,2	7,9	8,5	8,0	8,0	1,2	1,5	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	96%	0%	2%	0,96	0,80	0,76	0,84	<0,001	SI
35.	2.15. La Unidad de Calidad define un responsable de calidad en cada servicio para facilitar el despliegue.	2.15	53	6,8	6,2	7,4	7,0	7,0	2,1	4,3	1	9	6,0	7,0	8,0	8	2,0	0,29	66%	20%	12%	0,25	0,64	0,58	0,71	<0,001	NO
36.	2.16. La Unidad de Calidad identifica y define los procesos clave que están alineados con la estrategia y son coherentes con el despliegue del plan de calidad y se revisan anualmente.	2.16	53	7,3	6,8	7,8	8,0	8,0	1,7	3,1	1	9	7,0	8,0	8,5	8	2,0	0,19	76%	18%	4%	0,58	0,70	0,65	0,76	<0,001	SI
37.	2.17. El Plan de Calidad establece los indicadores clave que le permiten evaluar la efectividad del plan y monitorizar las estructuras, los procesos y los resultados, tanto clínicos como de gestión, de la organización asegurando la evaluación mediante criterios explícitos y transparentes.	2.17	53	7,7	7,3	8,2	8,0	8,0	1,6	2,5	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	90%	4%	4%	0,85	0,75	0,70	0,79	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
38.	2.18. La organización tiene definido como ha de comunicar internamente la estrategia de calidad.	2.18	53	7,4	6,9	7,9	8,0	8,0	1,7	3,0	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	80%	14%	4%	0,66	0,71	0,66	0,76	<0,001	SI
39.	3.1. El plan de formación incluye acciones formativas para todo el personal sobre calidad, mejora continua, y seguridad del paciente, basándose en los objetivos institucionales, los resultados de las encuestas de satisfacción y de la eficacia de la formación.	3.1	53	8,1	7,8	8,4	8,0	8,0	1,2	1,4	2	9	8,0	8,0	9,0	7	1,0	0,13	94%	4%	2%	0,89	0,79	0,75	0,82	<0,001	SI
40.	3.2. El plan de formación prevé la formación de formadores en materia de calidad y seguridad de pacientes.	3.2	53	7,4	6,9	7,9	8,0	9,0	1,9	3,5	2	9	7,0	8,0	9,0	7	2,0	0,25	78%	12%	10%	0,58	0,71	0,65	0,77	<0,001	SI
41.	3.3. Se evalúa el resultado de la formación en materia de calidad, mejora continua y seguridad de paciente: satisfacción, adquisición de conocimientos y eficacia de la formación.	3.3	53	7,8	7,5	8,2	8,0	8,0	1,4	2,0	2	9	7,5	8,0	9,0	7	2,0	0,19	90%	6%	4%	0,81	0,76	0,72	0,80	<0,001	SI
42.	3.4. Existen uno o varios grupos de trabajo orientados a evaluar las actividades susceptibles de mejoras detectadas por la organización en calidad y seguridad del paciente.	3.4	53	7,5	7,0	8,0	8,0	9,0	1,7	2,9	2	9	7,0	8,0	9,0	7	2,0	0,25	82%	12%	6%	0,66	0,72	0,67	0,77	<0,001	SI
43.	3.5. La Unidad de calidad participa en la formación periódica de los profesionales en temas de calidad y seguridad del paciente, incluyendo los de nueva incorporación.	3.5	53	7,9	7,5	8,3	8,0	9,0	1,4	2,0	2	9	7,0	8,0	9,0	7	2,0	0,25	92%	4%	4%	0,85	0,76	0,72	0,81	<0,001	SI
44.	4.1. El centro identifica y detalla el soporte externo que la gestión de la calidad requiere (acreditaciones, certificaciones, consultoras, asesorías).	4.1	53	7,4	6,9	7,9	8,0	8,0	1,9	3,5	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	82%	10%	8%	0,66	0,71	0,66	0,77	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
45.	4.2. La Unidad de Calidad dispone de un presupuesto específico para la realización de sus funciones, lo conoce y participa en su formulación y seguimiento.	4.2	53	6,7	6,0	7,3	7,0	7,0	2,4	5,8	1	9	5,5	7,0	8,5	8	3,0	0,43	67%	20%	12%	0,25	0,63	0,56	0,70	<0,001	NO
46.	4.3. La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de las Unidades de Calidad.	4.3	53	7,1	6,7	7,4	7,0	7,0	1,3	1,8	2	9	6,5	7,0	8,0	7	2,0	0,21	71%	15%	9%	0,32	0,66	0,62	0,70	<0,001	NO
47.	4.4. La Unidad de Calidad dispone de un espacio físico identificable y suficiente para el desarrollo adecuado de sus funciones.	4.4	53	7,8	7,4	8,3	8,0	9,0	1,7	2,8	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	88%	6%	6%	0,77	0,76	0,71	0,81	<0,001	SI
48.	4.5. La Unidad de Calidad identifica para cada Unidad Funcional y proceso el profesional de referencia en lo que se refiere a la gestión de la calidad.	4.5	53	7,4	7,0	7,9	8,0	8,0	1,8	3,1	1	9	7,0	8,0	8,5	8	2,0	0,19	90%	2%	8%	0,81	0,72	0,66	0,77	<0,001	SI
49.	4.6. La Unidad de Calidad promueve y establece acuerdos de colaboración con Asociaciones de Pacientes, Sociedades Científicas, Asociaciones de promoción de la calidad.	4.6	53	6,8	6,5	7,3	7,0	7,0	1,4	2,1	3	9	6,0	7,0	8,0	6	2,0	0,29	65%	19%	11%	0,06	0,63	0,59	0,68	<0,001	NO
50.	4.7. Las alianzas formales interinstitucionales se sustentan en convenios explícitos en los que se identifican los objetivos perseguidos.	4.7	53	6,4	5,9	7,0	7,0	7,0	2,1	4,4	1	9	6,0	7,0	8,0	8	2,0	0,29	67%	20%	12%	0,25	0,61	0,54	0,67	<0,001	SI
51.	4.8. La Unidad de Calidad dispone de un sistema de información que le permite la realización de sus funciones.	4.8	53	8,0	7,6	8,3	8,0	8,0	1,4	1,9	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	96%	0%	4%	0,92	0,77	0,73	0,82	<0,001	SI
52.	4.9. El Plan de Calidad se difunde y comunica adecuadamente.	4.9	53	7,8	7,4	8,2	8,0	8,0	1,4	2,1	1	9	7,5	8,0	9,0	8	2,0	0,19	88%	10%	2%	0,77	0,76	0,71	0,80	<0,001	SI
53.	5.1. La Unidad de Calidad ha identificado sus procesos, productos y servicios.	5.1	53	7,8	7,3	8,2	8,0	9,0	1,6	2,7	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	84%	12%	4%	0,70	0,75	0,70	0,80	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
54.	5.2. La Unidad de Calidad ha identificado sus "grupos de interés" con sus respectivas expectativas y necesidades.	5.2	53	7,8	7,4	8,1	8,0	9,0	1,4	2,0	3	9	7,0	8,0	9,0	6	2,0	0,25	82%	16%	2%	0,66	0,75	0,71	0,79	<0,001	SI
55.	5.3. La Unidad de Calidad tiene establecida una estrategia y una metodología para la selección e implantación de procesos y su gestión: diseño, procedimientos, diagramas de flujo, indicadores, DAFO y responsable.	5.3	53	7,7	7,1	8,1	8,0	8,0	1,8	3,3	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	86%	8%	6%	0,74	0,74	0,68	0,79	<0,001	SI
56.	5.4. La Unidad de Calidad tiene un un "propietario" del proceso, que asume el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos, con autoridad funcional sobre todos los profesionales intervinientes.	5.4	53	7,3	6,9	7,8	8,0	7,0	1,7	2,9	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	80%	14%	6%	0,62	0,71	0,66	0,76	<0,001	SI
57.	5.5. La Unidad de Calidad dispone de "indicadores clave" que permita monitorizar su rendimiento y evaluar periódicamente su propuesta de valor.	5.5	53	7,8	7,3	8,2	8,0	8,0	1,5	2,3	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	90%	6%	4%	0,81	0,75	0,70	0,80	<0,001	SI
58.	5.6. La Unidad de Calidad elabora una memoria anual presentada a la Dirección que recoja los resultados claves y todas las acciones llevadas a cabo derivadas del Plan estratégico o del Plan de gestión.	5.6	53	7,7	7,2	8,2	8,0	8,0	1,7	3,0	1	9	7,5	8,0	9,0	8	2,0	0,19	88%	6%	6%	0,77	0,74	0,69	0,80	<0,001	SI
59.	5.7. La Unidad de Calidad tiene identificados y priorizados los procesos asistenciales y no asistenciales, con la definición de los procedimientos que aplican.	5.7	53	7,2	6,7	7,9	8,0	9,0	2,1	4,5	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	80%	10%	10%	0,62	0,70	0,63	0,76	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
60.	5.8. La Unidad de Calidad identifica oportunidades de mejora continua de sus procesos, métodos y procedimientos, mediante un modelo de mejora continua.	5.8	53	7,8	7,3	8,2	8,0	8,0	1,6	2,6	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	92%	2%	6%	0,85	0,75	0,70	0,80	<0,001	SI
61.	5.9. La Unidad de Calidad utiliza los datos de los indicadores para mejorar los procesos.	5.9	53	7,8	7,3	8,2	8,0	8,0	1,6	2,5	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	90%	6%	4%	0,81	0,75	0,70	0,80	<0,001	SI
62.	5.10. La Unidad de Calidad establece objetivos de mejora de las áreas.	5.10	53	7,7	7,3	8,1	8,0	8,0	1,6	2,5	3	9	7,0	8,0	9,0	6	2,0	0,25	84%	10%	6%	0,70	0,74	0,70	0,79	<0,001	SI
63.	5.11. La Unidad de Calidad lleva a cabo acciones para estimular la creatividad e innovación en los profesionales para mejorar los procesos.	5.11	53	6,9	6,3	7,4	7,0	7,0	2,1	4,2	1	9	7,0	7,0	8,0	8	1,0	0,14	78%	8%	12%	0,47	0,65	0,59	0,71	<0,001	NO
64.	5.12. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes internos y externos, sus expectativas y necesidades y utiliza estos datos para el desarrollo de sus productos y servicios.	5.12	53	6,9	6,4	7,5	7,0	9,0	2,1	4,4	1	9	6,0	7,0	9,0	8	3,0	0,43	69%	22%	8%	0,43	0,66	0,60	0,72	<0,001	NO
65.	5.13. La Unidad de Calidad diseña y desarrolla, junto a los profesionales, nuevos productos y servicios que añadan valor para estos.	5.13	53	6,7	6,0	7,2	7,0	7,0	2,2	4,7	1	9	6,0	7,0	8,0	8	2,0	0,29	71%	14%	14%	0,32	0,63	0,56	0,69	<0,001	NO
66.	5.14. La Unidad de Calidad dispone de procedimientos internos relacionados con los procesos que desarrolla.	5.14	53	7,3	6,8	7,9	8,0	9,0	2,1	4,3	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	82%	6%	10%	0,70	0,70	0,64	0,77	<0,001	SI
67.	5.15. La Unidad de Calidad participa en los procesos de certificación y acreditación que se realizan en el centro.	5.15	53	8,6	8,3	8,8	9,0	9,0	0,8	0,7	5	9	8,0	9,0	9,0	4	1,0	0,11	94%	4%	0%	0,92	0,84	0,81	0,86	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
68.	5.16. La Unidad de Calidad participa en auditoría periódicas enfocadas a la mejora continua, en los diferentes servicios del centro y con una planificación específica según requerimientos.	5.16	53	8,2	8,0	8,6	9,0	9,0	1,1	1,2	4	9	8,0	9,0	9,0	5	1,0	0,11	94%	6%	0%	0,89	0,81	0,77	0,84	<0,001	SI
69.	5.17. Los incidentes / eventos adversos generados durante el proceso asistencial se identifican, registran, analizan y se corrigen, mediante metodologías validadas (por ejemplo: análisis causa-raíz (ACA), AMFE o modelo de fallos y sus efectos.	5.17	53	8,3	8,0	8,6	8,0	9,0	1,1	1,2	2	9	8,0	8,0	9,0	7	1,0	0,13	96%	2%	2%	0,92	0,81	0,78	0,85	<0,001	SI
70.	5.18. La Unidad de Calidad vela por la existencia de procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes.	5.18	53	8,6	8,4	8,7	9,0	9,0	0,6	0,3	7	9	8,0	9,0	9,0	2	1,0	0,11	100%	0%	0%	1,00	0,84	0,83	0,86	<0,001	SI
71.	5.19. El centro dispone guías asistenciales (guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos específicos, vías...) consensados y basados en la evidencia científica actual, incorporando recomendaciones de buenas prácticas.	5.19	53	7,9	7,6	8,3	8,0	8,0	1,3	1,6	3	9	7,5	8,0	9,0	6	2,0	0,19	90%	8%	2%	0,81	0,77	0,73	0,81	<0,001	SI
72.	5.20. Se establecen los circuitos de revisión y plazos de vigencia de la documentación de calidad y vela por su cumplimiento.	5.20	53	7,9	7,5	8,3	8,0	9,0	1,4	1,9	2	9	7,5	8,0	9,0	7	2,0	0,19	88%	10%	2%	0,77	0,77	0,72	0,81	<0,001	SI
73.	5.21. Se evalúa la práctica asistencial mediante la evaluación de la adherencia a las guías asistenciales.	5.21	53	7,3	6,9	7,8	8,0	8,0	1,6	2,7	2	9	7,0	8,0	8,5	7	2,0	0,19	78%	16%	6%	0,58	0,71	0,65	0,76	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
74.	5.22. La Unidad de calidad realiza seguimiento de los indicadores clave tanto de Calidad como específicamente de la Seguridad del Paciente, evalúa las tendencias y participa en la definición de las áreas de mejora.	5.22	53	8,3	8,2	8,6	8,0	9,0	0,8	0,6	5	9	8,0	8,0	9,0	4	1,0	0,13	98%	2%	0%	0,96	0,82	0,79	0,84	<0,001	SI
75.	5.23. La Unidad de calidad realiza sesiones de difusión a los profesionales de los resultados de indicadores claves (incluyendo las notificaciones de incidentes y eventos adversos), de las prácticas evaluadas, de las áreas de mejora definidas y de las mejoras implementadas.	5.23	53	8,0	7,6	8,4	8,0	9,0	1,5	2,2	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	92%	4%	4%	0,85	0,77	0,73	0,82	<0,001	SI
76.	5.24. La Unidad de calidad fomenta la comunicación con los profesionales y la participación de estos en el proceso del ciclo de mejora (PDCA).	5.24	53	7,8	7,3	8,2	8,0	8,0	1,7	2,8	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	84%	12%	4%	0,70	0,75	0,70	0,80	<0,001	SI
77.	5.25. La Unidad de calidad fomenta la comunicación con la Dirección del centro y le hace participe de toda la información relevante para la gestión.	5.25	53	8,2	7,9	8,6	9,0	9,0	1,3	1,7	1	9	8,0	9,0	9,0	8	1,0	0,11	92%	6%	2%	0,85	0,80	0,76	0,84	<0,001	SI
78.	5.26. La Unidad de calidad realiza seguimiento de la actividad de las diferentes comisiones definidas en el centro.	5.26	53	7,9	7,5	8,3	8,0	8,0	1,5	2,3	2	9	8,0	8,0	9,0	7	1,0	0,13	88%	8%	4%	0,77	0,76	0,72	0,81	<0,001	SI
79.	6.1. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes sobre los servicios ofrecidos por la Unidad de Calidad.	6.1	53	6,9	6,2	7,5	7,0	9,0	2,3	5,1	1	9	6,0	7,0	9,0	8	3,0	0,43	69%	17%	15%	0,25	0,65	0,58	0,72	<0,001	NO
80.	6.2. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto al grado de accesibilidad a los servicios ofrecidos.	6.2	53	6,8	6,1	7,4	7,0	7,0	2,3	5,1	1	9	6,0	7,0	8,0	8	2,0	0,29	69%	17%	15%	0,25	0,64	0,57	0,71	<0,001	NO

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
81.	6.3. La Unidad de Calidad mide la percepción de los clientes respecto a la confidencialidad en el uso de sus datos.	6.3	53	6,2	5,6	6,7	6,0	6,0	2,0	3,8	2	9	5,0	6,0	8,0	7	2,0	0,50	54%	18%	22%	-0,21	0,56	0,50	0,62	<0,001	NO
82.	6.4. La Unidad de Calidad evalúa las incidencias de transgresión de la LOPD en el ámbito que le corresponde.	6.4	53	6,2	5,7	6,7	6,0	5,0	1,8	3,1	3	9	5,0	6,0	8,0	6	3,0	0,50	54%	20%	20%	-0,28	0,56	0,51	0,62	<0,001	NO
83.	6.5. La Unidad de Calidad mide el número y el tiempo de respuesta de reclamaciones recibidas, agradecimientos y sugerencias	6.5	53	6,8	6,2	7,4	7,0	7,0	2,2	4,9	1	9	6,0	7,0	8,5	8	3,0	0,36	69%	17%	15%	0,25	0,64	0,57	0,71	<0,001	NO
84.	6.6. La Unidad de Calidad mide el número de solicitudes de soporte técnico o metodológico en Calidad generado desde las Unidades Funcionales del Centro.	6.6	53	6,8	6,2	7,4	7,0	7,0	2,1	4,5	1	9	6,0	7,0	8,5	8	3,0	0,36	69%	19%	13%	0,25	0,65	0,58	0,71	<0,001	NO
85.	6.7. La Unidad de Calidad mide la participación de los miembros y los resultados de los objetivos realizados por las Comisiones y Grupos de Trabajo	6.7	53	7,7	7,3	8,1	8,0	9,0	1,6	2,5	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	85%	10%	4%	0,74	0,74	0,69	0,79	<0,001	SI
86.	7.1. Se mide el grado de conocimiento, aceptación y participación en el plan de calidad y seguridad del paciente.	7.1	53	7,1	6,6	7,7	8,0	9,0	2,0	4,1	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	76%	12%	12%	0,55	0,68	0,62	0,74	<0,001	SI
87.	7.2. Se mide el número de personas de la organización que participa en grupos de calidad y seguridad de pacientes.	7.2	53	7,9	7,6	8,3	8,0	8,0	1,3	1,8	1	9	7,5	8,0	9,0	8	2,0	0,19	92%	6%	2%	0,85	0,77	0,73	0,81	<0,001	SI
88.	7.3. Se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en calidad, seguridad del paciente y mejora continua.	7.3	53	8,0	7,6	8,4	8,0	8,0	1,4	1,8	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	94%	4%	2%	0,89	0,78	0,73	0,82	<0,001	SI
89.	7.4. Se mide periódicamente el porcentaje de personas que trabajan en el ámbito de calidad que han mejorado sus competencias en relación a la evaluación de la adecuación persona-puesto.	7.4	53	6,4	5,9	6,8	7,0	7,0	1,7	3,0	2	9	5,0	7,0	8,0	7	3,0	0,43	61%	22%	12%	-0,13	0,59	0,53	0,64	<0,001	NO

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
90.	7.5. Se mide el grado de actividades de docencia, investigación e innovación realizadas por la Unidad de Calidad.	7.5	53	7,8	7,5	8,2	8,0	8,0	1,3	1,7	2	9	7,0	8,0	9,0	7	2,0	0,25	90%	8%	2%	0,81	0,76	0,72	0,80	<0,001	SI
91.	8.1. Se cuantifica el número de profesionales y de días de estancia de profesionales externos a la organización y que desarrollan actividades de aprendizaje en la gestión de la calidad del Centro.	8.1	53	6,1	5,6	6,6	7,0	7,0	1,8	3,3	1	9	5,0	7,0	7,0	8	2,0	0,29	61%	22%	12%	-0,28	0,55	0,50	0,61	<0,001	NO
92.	8.2. Se cuantifica el número de actividades formativas e informativas y el número de participantes, realizadas por los miembros de la Unidad de Calidad y dirigidas a personas externas a la organización.	8.2	53	7,0	6,5	7,6	7,0	7,0	1,9	3,7	1	9	6,5	7,0	8,5	8	2,0	0,29	73%	20%	6%	0,51	0,67	0,61	0,73	<0,001	SI
93.	8.3. Se cuantifica la participación en asociaciones de participación ciudadana u otras administraciones en temas vinculados a la mejora de la calidad de sus ámbitos de competencia.	8.3	53	5,5	5,0	6,0	6,0	7,0	1,9	3,8	1	9	4,0	6,0	7,0	8	3,0	0,50	48%	32%	14%	-0,55	0,49	0,43	0,54	<0,001	NO
94.	8.4. Se cuantifican las apariciones /menciones en prensa estatal/local, radio o TV a consecuencia de las actividades propias de la Unidad de Calidad.	8.4	53	5,5	5,0	6,1	6,0	6,0	2,0	4,1	1	9	4,0	6,0	7,0	8	3,0	0,50	48%	30%	16%	-0,47	0,49	0,42	0,55	<0,001	NO
95.	8.5. Se cuantifican las visitas a las páginas web propias de la Unidad de Calidad.	8.5	53	5,8	5,2	6,3	6,0	6,0	1,9	3,5	1	9	4,5	6,0	7,0	8	3,0	0,42	43%	30%	21%	-0,43	0,52	0,46	0,57	<0,001	NO
96.	8.6. Se cuantifican los proyectos comunes con otras Unidades de Calidad de otras instituciones.	8.6	53	6,9	6,3	7,4	7,0	7,0	1,9	3,5	1	9	6,0	7,0	8,0	8	2,0	0,29	71%	20%	8%	0,28	0,65	0,59	0,71	<0,001	SI
97.	8.7. Se cuantifican los premios y/o reconocimientos a personas o instituciones externas que la Unidad de Calidad ha realizado	8.7	53	7,0	6,5	7,5	7,0	7,0	1,9	3,7	1	9	6,0	7,0	8,0	8	2,0	0,29	71%	20%	8%	0,47	0,66	0,61	0,72	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
98.	8.8. Se cuantifica el número de publicaciones en revistas especializadas y no especializadas internacionales o nacionales.	8.8	53	7,3	7,0	7,8	7,0	7,0	1,5	2,2	3	9	7,0	7,0	8,0	6	1,0	0,14	80%	14%	6%	0,62	0,71	0,66	0,75	<0,001	SI
99.	8.9. Se cuantifica el promedio del factor de impacto (u otros sistemas de medida) de las publicaciones científicas.	8.9	53	6,9	6,4	7,4	7,0	7,0	1,9	3,6	1	9	6,5	7,0	8,0	8	2,0	0,21	73%	14%	12%	0,32	0,66	0,60	0,71	<0,001	SI
100.	8.10. Se cuantifica el número de ponencias aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.	8.10	53	7,2	6,8	7,7	8,0	7,0	1,7	2,9	1	9	7,0	8,0	8,0	8	1,0	0,13	80%	12%	8%	0,62	0,70	0,64	0,75	<0,001	SI
101.	8.11. Se cuantifica el número de comunicaciones aceptadas en congresos y otros acontecimientos internacionales y nacionales.	8.11	53	7,2	6,8	7,7	7,0	7,0	1,7	2,8	1	9	7,0	7,0	8,0	8	1,0	0,14	80%	10%	8%	0,66	0,69	0,64	0,74	<0,001	SI
102.	8.12. Se cuantifica el número de premios/reconocimientos recibidos en la Unidad de Calidad por parte de entidades externas a la organización (instituciones, medios de comunicación, entidades científicas).	8.12	53	7,4	7,0	7,9	8,0	7,0	1,5	2,4	1	9	7,0	8,0	8,5	8	2,0	0,19	80%	16%	4%	0,62	0,72	0,67	0,76	<0,001	SI
103.	9.1. Se mide el grado de cumplimiento de los objetivos fijados por la Unidad de Calidad.	9.1	53	8,2	7,9	8,6	8,0	9,0	1,4	1,9	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	96%	0%	4%	0,92	0,80	0,76	0,85	<0,001	SI
104.	9.2. Se mide el grado de actualización de los protocolos y otros documentos estandarizados existentes en la organización.	9.2	53	7,7	7,2	8,2	8,0	8,0	1,8	3,2	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	85%	10%	4%	0,74	0,74	0,69	0,80	<0,001	SI
105.	9.3. Se mide el número de acontecimientos adversos analizados mediante metodologías validadas (Como ejemplo: Análisis causa-raíz (ACA), AMFE: modelo de fallos y sus efectos).	9.3	53	8,2	7,9	8,5	8,0	8,0	1,2	1,4	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	98%	0%	2%	0,96	0,80	0,76	0,84	<0,001	SI

N.º	Estándares	NE	NR	ME	IC-LI	IC-LS	MN	MOD	DE	V	Vm	VM	P25	P50	P75	R	RI	RIR	% 7-9	% 4-6	% 1-3	Lawshe	V de Aiken	IC inf 95%	IC sup 95%	p	CONS
106.	9.4. Se evalúan los resultados y las acciones de mejora propuestas (en los indicadores de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización).	9.4	53	8,2	7,9	8,5	8,0	8,0	1,2	1,5	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	96%	2%	2%	0,92	0,80	0,76	0,84	<0,001	SI
107.	9.5. Se mide el grado de soporte que da la Unidad de Calidad en los procesos de acreditación y/o certificaciones.	9.5	53	7,4	6,9	8,0	8,0	9,0	1,9	3,5	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	79%	8%	8%	0,70	0,72	0,66	0,78	<0,001	SI
108.	9.6. Se mide el funcionamiento de las comisiones, los grupos de trabajo, grupos de mejora o comités existentes en la organización.	9.6	53	7,7	7,4	8,1	8,0	8,0	1,2	1,5	5	9	7,0	8,0	9,0	4	2,0	0,25	79%	19%	0%	0,66	0,75	0,71	0,78	<0,001	SI
109.	9.7. Se miden los resultados y el grado de cumplimiento de las acciones de mejora derivadas de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización.	9.7	53	8,1	7,8	8,4	8,0	8,0	1,2	1,5	1	9	8,0	8,0	9,0	8	1,0	0,13	96%	0%	2%	0,96	0,79	0,75	0,83	<0,001	SI
110.	9.8. Se mide el grado de difusión de los resultados de calidad de la organización.	9.8	53	7,4	6,9	7,9	8,0	9,0	1,9	3,5	1	9	7,0	8,0	9,0	8	2,0	0,25	79%	10%	8%	0,66	0,71	0,65	0,77	<0,001	SI

Códigos de los estándares: 1: Enfoque directivo; 2: Enfoque estratégico; 3: Profesionales; 4: Recursos y Alianzas; 5: Gestión por procesos; 6: Resultados en los pacientes; 7: Resultados en los profesionales; 8: Resultados sociales; 9: Resultados principales de los equipos de calidad.

CE: número de los estándares; **NR:** número de respuestas; **ME:** media; **IC-LI:** intervalo de confianza para la media al 95% (límite inferior); **IC-LS:** intervalo de confianza para la media al 95% (límite superior); **MN:** mediana; **MO:** moda; **DE:** desviación típica; **V:** varianza; **Vm:** valor mínimo; **VM:** valor máximo. **p:** significación estadística, valor "p"; **P25:** percentiles 25; **P50:** percentiles 50; **P75:** percentiles 75; **R:** rango; **RI:** rango o amplitud intercuartílica; **RIR:** rango o amplitud intercuartílica relativa: **% 7-9:** % acumulado (+) entre la puntuación 7 y 9; **% 4-6:** % acumulado (±) entre 4 y 6; **% 1-3:** % acumulado (-) entre 1 y 3; **CONS:** consenso definitivo "acuerdo" ($\geq 70\%$, media ≥ 7 o RI ≤ 2).

Anexo 13. Estándares. Panel de expertos 3. Reagrupados.

Los 96 estándares resultantes del panel de expertos 3, reordenados y reagrupados (Variable 8) a partir de los resultados del estudio Delphi (listado 4º).

N.º	Estándares del estudio Delphi (CE)										Estándares para el estudio piloto multicéntrico			
											AGR	CE	Temática	Descripción de los estándares
1.								1.7	1.2	1.1	SÍ	1.1	Unidad de Calidad (Unidad de Calidad).	Existe un equipo, estructural y funcionalmente a modo de equipo o "Unidad de Calidad (Unidad de Calidad)", que gestiona, coordina y asesora metodológicamente a la organización en los planes y actividades de calidad.
2.										1.12	NO	1.2	Plan, Política o Estrategia de Calidad.	La Dirección ejecutiva asume la dirección de un Plan, Política o Estrategia de Calidad, coherente con el Pla Estratégico institucional, delegándolo en la Unidad de Calidad.
3.							2.16	5.1.	5.7	1.20	SÍ	1.3	Procesos de la Unidad de Calidad.	La Unidad de Calidad define e identifica sus procesos clave y sus responsabilidades en los diferentes ámbitos de actuación, alineadamente y coherente con el despliegue del "Plan, Política o Estrategia de Calidad Institucional".
4.										2.14	SÍ	1.4	Responsable de la Unidad de Calidad: competencias.	Las competencias (perfil profesional), las funciones y las responsabilidades del responsable de la Unidad de Calidad están descritas.
5.										1.4	NO	1.5	Responsable de la Unidad de Calidad: selección.	Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad aprobado por la Dirección ejecutiva.
6.										1.5	NO	1.6	Responsable de la Unidad de Calidad: objetivos institucionales.	El responsable de la Unidad de Calidad participa en la formulación de los objetivos estratégicos y/o operativos de la organización relacionados con la calidad.
7.										1.19	NO	1.7	Responsable de la Unidad de Calidad: evaluación.	El responsable de la Unidad de Calidad es evaluado por la Dirección ejecutiva periódicamente como mínimo cada 3 años.
8.										5.15	NO	1.8	Responsable de la Unidad de Calidad: certificación.	La Unidad de Calidad, individual o conjuntamente o directa o indirectamente con el resto del centro, está autorizada, certificada o acreditada oficialmente a través de algún tipo de sistema de gestión de la calidad.
9.							1.11	2.1	1.6		SÍ	1.9	Responsable de la Unidad de Calidad: objetivos de la unidad.	La Unidad de Calidad propone los objetivos de sus áreas de responsabilidad consensuados, alineados con el Plan Estratégico institucional, aprobados conjuntamente por la Dirección ejecutiva, e identifican los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos necesarios.

N.º	Estándares del estudio Delphi (CE)											Estándares para el estudio piloto multicéntrico			
												AGR	CE	Temática	Descripción de los estándares
10.	2.10	2.11	2.12	2.13	5.5	5.18	1.9	1.10	2.9	1.13	SÍ	2.1	Plan, Política o Estrategia de Calidad Institucional: documentación.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad está documentada y es vigente, está liderado por la Unidad de Calidad, aprobado por la Dirección ejecutiva, define los objetivos, la estructura organizativa, las metodologías empleadas para el desarrollo y priorización de los proyectos y acciones de mejora a implementar, el listado de procedimientos, los indicadores, y los recursos asignados para su implementación y se revisa periódicamente.	
11.								1.8	5.2	1.11	SÍ	2.2	Unidad de Calidad: Grupos de interés.	La Unidad de Calidad ha identificado las expectativas y necesidades de los grupos de interés de la unidad, y las incorpora a la planificación de su estrategia de objetivos, plasmándolos en el "Plan, Política o Estrategia de Calidad Institucional".	
12.									4.9	2.18	SÍ	2.3	Plan, Política o Estrategia de Calidad: difusión.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad se difunde y se comunica adecuadamente a todos los grupos de interés.	
13.							5.9	2.2	2.8	2.7	SÍ	2.4	Plan, Política o Estrategia de Calidad: retroalimentación.	Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, se incluyen y se utilizan los resultados, las tendencias y las oportunidades de mejora detectadas en los años anteriores.	
14.										2.15	NO	2.5	Plan, Política o Estrategia de Calidad: responsable delegado.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad está liderada por un responsable, designado por la Dirección ejecutiva y a la que reporta, con experiencia en métodos y procesos de mejora, para guiar la implementación del mismo.	
15.										4.5	NO	2.6	Plan, Política o Estrategia de Calidad: profesionales delegados.	Existen uno o más profesionales en los distintos equipos considerados clave del centro, con funciones relacionadas con las dimensiones de la calidad y coordinados con la Unidad de Calidad .	
16.										1.14	NO	2.7	Plan, Política o Estrategia de Calidad: indicadores.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad contiene y propone la implementación de indicadores de calidad para los procesos clave definidos en todos los ámbitos asistenciales y no asistenciales de la organización, que le permite monitorizar el Plan, Política o Estrategia de Calidad en toda la organización, sus resultados, las tendencias, las comparativas, y realiza un análisis de su efectividad con periodicidad anual.	
17.										5.22	NO	2.8	Plan, Política o Estrategia de Calidad: indicadores de seguridad.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad, entre sus indicadores de calidad, incluye los relacionados con las líneas estratégicas de la seguridad de los pacientes .	
18.									5.8	2.3	SÍ	2.9	Plan, Política o Estrategia de Calidad: acciones de mejora.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad define la metodología empleada para el desarrollo y priorización de los proyectos y acciones de mejora a implementar en función de las oportunidades detectadas.	
19.										5.23	NO	2.10	Plan, Política o Estrategia de Calidad: difusión de los indicadores.	Existe un procedimiento y/o circuito de difusión y comunicación interna del sistema de monitorización de indicadores y resultados del "Plan, Política o Estrategia de Calidad Institucional" a la organización.	

N.º	Estándares del estudio Delphi (CE)										Estándares para el estudio piloto multicéntrico			
											AGR	CE	Temática	Descripción de los estándares
20.									2.17	NO	2.11	Unidad de Calidad: cuadro de mando de indicadores.	La Unidad de Calidad dispone de un conjunto propio de indicadores que le permite monitorizar la actividad de la propia Unidad de Calidad.	
21.									1.18	NO	3.1	Perfiles profesionales.	La Unidad de Calidad asesora a la Dirección ejecutiva en la definición del perfil, la descripción de los puestos de trabajo y funciones de los profesionales de la propia Unidad de Calidad.	
22.								2.15	1.17	SÍ	3.2	Perfiles profesionales.	La Unidad de Calidad asesora a la Dirección ejecutiva en la definición del perfil y las funciones de los profesionales delegados de calidad de los distintos equipos del centro, así como en el sistema de coordinación de cada equipo con la Unidad de Calidad.	
23.									4.5	NO	3.3	Profesionales de calidad de los equipos.	La Unidad de Calidad identifica para cada Unidad Funcional y proceso, el profesional de referencia relacionado con las dimensiones de la calidad, de los equipos de la institución en lo que se refiere a la gestión de la calidad.	
24.								3.1	3.5	SÍ	3.4	El Plan, Política o Estrategia de Formación: acciones formativas .	El Plan, Política o Estrategia de Formación institucional incluye acciones formativas para el personal sobre calidad y sus dimensiones, basándose en los objetivos institucionales, los resultados de los indicadores y la eficacia de la formación.	
25.									3.2	NO	3.5	El Plan, Política o Estrategia de Formación: formadores.	El Plan, Política o Estrategia de Formación institucional prevé la formación de formadores en materia de calidad y, mayoritariamente, en seguridad de pacientes.	
26.									3.3	NO	3.6	El Plan, Política o Estrategia de Formación: indicadores .	El Plan, Política o Estrategia de Formación institucional dispone de un conjunto de indicadores de formación en materia de calidad, mejora continua y seguridad del paciente: satisfacción, adquisición de conocimientos (inmediatos post-formación) y eficacia de la formación (a medio plazo).	
27.									3.2	NO	3.7	El Plan, Política o Estrategia de Formación: continuada.	La Unidad de Calidad participa en la formación continuada periódica de los profesionales de la organización en temas de calidad y seguridad del paciente.	
28.									3.2	NO	3.8	El Plan, Política o Estrategia de Formación: nuevos profesionales .	La Unidad de Calidad participa en la formación inicial de los profesionales de nueva incorporación en temas de calidad y seguridad del paciente.	
29.									1.16	NO	3.9	Grupos y equipos asesores de trabajo.	Existen grupos y/o equipos de trabajo interdisciplinarios y de diferentes estamentos (comisiones, comités, grupos de trabajo o grupos de mejora, entre otros) en coordinación con la Unidad de Calidad, orientados a evaluar las actividades susceptibles de mejoras detectadas por la organización en calidad y, mayoritariamente, en seguridad del paciente.	

N.º	Estándares del estudio Delphi (CE)										Estándares para el estudio piloto multicéntrico			
											AGR	CE	Temática	Descripción de los estándares
30.										4.4	NO	4.1	Recursos: estructuras.	La Unidad de Calidad dispone de un espacio físico identificable y suficiente para el desarrollo adecuado de sus funciones.
31.										4.2	NO	4.2	Recursos: presupuesto.	La Unidad de Calidad propone y gestiona un presupuesto específico, aprobado por al Dirección ejecutiva, para la realización de sus funciones, lo conoce y participa en su formulación y seguimiento.
32.										4.3	NO	4.3	Recursos: inversiones.	La organización planifica las inversiones anualmente para el trabajo de la Unidad de Calidad.
33.										4.1	NO	4.4	Recursos: soporte externo.	La institución identifica y detalla el soporte externo que la gestión de la calidad requiere (acreditaciones, certificaciones, auditorías, consultoras o asesorías, entre otras).
34.									4.7	4.6	SÍ	4.5	Alianzas.	La Unidad de Calidad promueve y propone a la Dirección ejecutiva acuerdos de colaboración o convenios con Asociaciones de Pacientes, Sociedades Científicas, Asociaciones de promoción de la calidad, entre otras, para poder incorporar la Voz del Cliente y la Voz de la Sociedad en la mejora continua.
35.									4.8	2.5	SÍ	4.6	Tecnologías de la información y comunicación (TIC).	La Unidad de Calidad dispone de un sistema de Tecnología y Comunicación que le permite realizar sus funciones.
36.										5.4	NO	5.1	Procesos: responsables.	Los procesos de la Unidad de Calidad tienen responsables/propietarios, que asumen el desarrollo de la estrategia de la gestión de cada proceso de la unidad.
37.									5.19	5.14	SÍ	5.2	Guías de la Unidad de Calidad.	La Unidad de Calidad tiene identificadas, redactadas y actualizadas las guías de la unidad de calidad (procesos, programas estratégicos, protocolos, procedimientos, normativas... entre otros) que aplican en cada uno de sus procesos.
38.										5.17	NO	5.3	Incidentes y/o efectos adversos.	La Unidad de Calidad, en la dimensión de la calidad sobre seguridad (asistencial y no asistencial), asesora, participa y colabora en el desarrollo (elaboración, difusión, implementación, revisión, indicadores y acciones de mejora) de procesos y guías de la línea estratégica sobre "prevención, tratamiento y notificación de incidentes / eventos adversos".
39.										5.18	NO	5.4	Incidentes y/o efectos adversos.	La Unidad de Calidad, en la línea estratégica sobre "prevención, tratamiento y notificación de incidentes / eventos adversos" asesora, participa y colabora en su identificación, registro, análisis, propuesta de acciones de mejora y revisión, a partir de distintas metodologías validadas como, por ejemplo, sistema informático de notificación, análisis causa-raíz, modelo de fallos y sus efectos, entre otros.

N.º	Estándares del estudio Delphi (CE)										Estándares para el estudio piloto multicéntrico			
											AGR	CE	Temática	Descripción de los estándares
40.										5.18	NO	5.5	Líneas estratégicas de seguridad: higiene de manos.	La Unidad de Calidad, en la dimensión de la calidad sobre seguridad (asistencial y no asistencial), asesora y participa en el desarrollo (elaboración, difusión, implementación, revisión, indicadores y acciones de mejora) de procesos y guías en la línea estratégica de "higiene de manos".
41.										5.18	NO	5.6	Líneas estratégicas de seguridad: quirúrgica y medicamentos.	La Unidad de Calidad, en la dimensión de la calidad sobre seguridad (asistencial y no asistencial), asesora y participa en el desarrollo (elaboración, difusión, implementación, revisión, indicadores y acciones de mejora) de procesos y guías de las líneas estratégicas sobre "verificación de la seguridad en cirugía" y/o "uso seguro de los medicamentos de alto riesgo", según corresponda al ámbito asistencial.
42.										5.18	NO	5.7	Líneas estratégicas de seguridad: otras.	La Unidad de Calidad, en la dimensión de la calidad sobre seguridad (asistencial y no asistencial), asesora y participa en el desarrollo (elaboración, difusión, implementación, revisión, indicadores y acciones de mejora) de procesos y guías de las líneas estratégicas sobre "identificación inequívoca de pacientes", y/o "prevención y manejo de las úlceras por presión y heridas crónicas", y/o "prevención de caídas", según corresponda al ámbito asistencial.
43.										5.19	NO	5.8	Guías institucionales.	La Unidad de Calidad asesora, participa y colabora en el desarrollo de las guías institucionales que aplican al resto de las dimensiones de la calidad (diferentes a las de la seguridad de pacientes).
44.										5.21	NO	5.9	Guías: adherencia.	La Unidad de Calidad evalúa la adherencia a las guías asistenciales de su unidad.
45.							5.3	2.6	2.4	SÍ	5.10	Procesos: estrategia y metodología.	La Unidad de Calidad participa en la estrategia y metodología para la gestión por procesos de la organización: diseño, procedimientos que aplican, diagramas de flujo, indicadores, DAFO, cuadro de mando y planificación de planes de mejora anuales.	
46.										5.6	NO	5.11	Memoria de la Unidad de Calidad.	La Unidad de Calidad elabora una memoria anual de actividades que se presenta a la Dirección ejecutiva.
47.										5.15	NO	5.12	Autorización, certificación y acreditación.	La Unidad de Calidad participa en los procesos oficiales de autorización, y/o certificación, y/o acreditación que se realizan en el centro.
48.										5.16	NO	5.13	Auditorías.	La Unidad de Calidad participa en auditorías internas periódicas enfocadas a la mejora continua, en los diferentes servicios del centro y con una planificación específica según requerimientos .
49.							5.22	2.17	1.3	SÍ	5.14	Indicadores: seguimiento.	La Unidad de Calidad realiza el seguimiento de los indicadores clave de su unidad, evalúa las tendencias, las comparativas internas y externas, y participa en la definición de las áreas de mejora.	

N.º	Estándares del estudio Delphi (CE)										Estándares para el estudio piloto multicéntrico			
											AGR	CE	Temática	Descripción de los estándares
50.									5.23	NO	5.15	Indicadores: difusión.	La Unidad de Calidad dispone de un procedimiento para la comunicación y difusión de los resultados de indicadores claves, y realiza sesiones de difusión a los profesionales de los resultados de indicadores claves (incluyendo las notificaciones de incidentes y eventos adversos), de las prácticas evaluadas, de las áreas de mejora definidas y de las mejoras implementadas.	
51.									5.25	NO	5.16	Indicadores: difusión a la dirección.	La Unidad de Calidad fomenta la comunicación con la Dirección del centro y la hace partícipe de toda la información relevante sobre la gestión de la unidad.	
52.									3.4	NO	5.17	Grupos y equipos asesores de trabajo: estrategia.	La Unidad de Calidad establece la estrategia de funcionamiento y seguimiento de los grupos y equipos asesores de trabajo definidos en el centro.	
53.									3.3	NO	5.18	Satisfacción.	La Unidad de Calidad participa en el análisis y evaluación de los resultados de las encuestas de satisfacción del centro.	
54.									8.2	NO	6.1	Formación: seguridad.	Se miden los clientes beneficiados con las actividades de formación/educación sobre seguridad de pacientes.	
55.									8.2	NO	6.2	Formación: dimensiones de calidad.	Se miden los clientes beneficiados con las actividades de formación / educación sobre las otras dimensiones de la calidad diferentes de la seguridad.	
56.									5.26	NO	6.3	Clientes: participación.	Se miden los clientes que han participado en grupos focales, grupos de mejora, comisiones y encuestas, entre otros métodos, sobre temas de calidad, liderados o con la participación de la Unidad de Calidad.	
57.									5.22	NO	6.4	Clientes: acciones de mejora.	Se mide el número de acciones de mejora realizadas por la Unidad de Calidad que hayan demostrado una mejora en la atención de los clientes.	
58.								7.3	3.3	SÍ	7.1	Formación: institución.	Se mide, en el conjunto de la institución, el resultado de la formación en materia de calidad, mejora continua y seguridad del paciente: satisfacción, adquisición de conocimientos (inmediatos, post-formación) y eficacia de la formación (a medio plazo).	
59.									3.3	NO	7.2	Formación: Unidad de Calidad en seguridad.	Se mide la formación recibida por los profesionales de la Unidad de Calidad en seguridad (asistencial y/o no asistencial).	
60.									3.3	NO	7.3	Formación: Unidad de Calidad.	Se mide la formación recibida por los profesionales de la Unidad de Calidad en otras dimensiones de la calidad, distintas a la seguridad .	
61.									7.4	NO	7.4	Competencia profesional: grado.	Se mide el grado competencial de los profesionales de la Unidad de Calidad, al menos trienalmente.	
62.									7.4	NO	7.5	Competencia profesional: acciones de mejora.	Se miden las acciones de mejora realizadas por los profesionales de la Unidad de Calidad, al menos trienalmente, fruto de las evaluaciones de sus competencias.	
63.								5.13	5.11	SÍ	7.6	Investigación e innovación.	Se mide el número de profesionales de la Unidad de Calidad que han realizado actividades de investigación y/o innovación en calidad.	

N.º	Estándares del estudio Delphi (CE)										Estándares para el estudio piloto multicéntrico			
											AGR	CE	Temática	Descripción de los estándares
64.									6.7	7.2	SÍ	7.7	Grupos y equipos asesores de trabajo: Unidad de Calidad.	Se mide la participación de los miembros de la Unidad de Calidad en grupos y equipos asesores de trabajo.
65.										7.2	NO	7.8	Grupos y equipos asesores de trabajo: resto de la organización.	Se miden el número de profesionales de la organización que participan en grupos y equipos asesores de trabajo.
66.										3.3	NO	7.9	Satisfacción de los profesionales.	Se mide la percepción de la satisfacción de los profesionales con la docencia realizada por la Unidad de Calidad .
67.										7.2	NO	7.10	Participación.	Se mide el grado de participación de los profesionales en actividades diversas sobre estrategia de calidad y seguridad del paciente en el centro.
68.					6.2	6.3	6.4	7.1	6.1	5.12	SÍ	7.11	Satisfacción de los clientes internos.	Se mide la percepción de la satisfacción de los clientes internos (profesionales) con los servicios recibidos por la Unidad de Calidad en distintos aspectos, entre otros, la accesibilidad a los servicios, el tiempo de respuesta a las demandas recibidas y satisfacción global.
69.										6.5	NO	7.12	Incidencias y reclamaciones a la Unidad de Calidad.	Se mide el número y el tiempo de respuesta de incidencias y reclamaciones, agradecimientos y sugerencias recibidas en la Unidad de Calidad.
70.										8.1	NO	8.1	Docentes externos.	Se mide el número anual de docentes, de actividades formativas y los días de estancia de profesionales externos a la organización, que desarrollan docencia sobre calidad y seguridad.
71.									8.3	8.6	SÍ	8.2	Participación externa.	Se mide la participación anual de la Unidad de Calidad en sociedades, asociaciones y otras instituciones de calidad nacionales, europeas y/o internacionales.
72.									8.5	8.4	SÍ	8.3	Medios de comunicación.	Se miden anualmente las apariciones / menciones en prensa estatal / local, radio, TV, redes sociales... a consecuencia de las actividades propias de la Unidad de Calidad.
73.										8.6	NO	8.4	Colaboración con otras Unidades de Calidad.	Se miden los proyectos colaborativos anuales con otras Unidades de Calidad de otras instituciones.
74.										8.8	NO	8.5	Publicaciones, ponencias y comunicaciones.	Se mide el número anual de publicaciones en revistas clínicas, ponencias, comunicaciones orales o posters, realizadas .
75.									8.12	8.7	SÍ	8.6	Premios y reconocimientos otorgados.	Se mide anualmente los premios y/o reconocimientos que la Unidad de Calidad ha otorgado a otras personas y/o instituciones, y/o que ha recibido de entidades externas a la organización (instituciones, medios de comunicación, entidades científicas).
76.									1.15	9.1	SÍ	9.1	Unidad de Calidad: objetivos internos.	Se mide, periódica y anualmente, el grado de cumplimiento de los objetivos internos planificados por la Unidad de Calidad respecto a los resultados, las tendencias, y la comparativa interna o externa con otros centros, si existiera.

N.º	Estándares del estudio Delphi (CE)										Estándares para el estudio piloto multicéntrico				
											AGR	CE	Temática	Descripción de los estándares	
77.											5.24	NO	9.2	Unidad de Calidad: acciones de mejora.	Se miden, periódica y anualmente, las acciones de mejora realizadas, a partir de los resultados de los indicadores de la Unidad de Calidad.
78.											9.1	NO	9.3	Plan, Política o Estrategia de Calidad: objetivos.	Se mide, periódica y anualmente, el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales planificados en el "Plan, Política o Estrategia de Calidad Institucional", respecto a los resultados, las tendencias, y la comparativa interna o externa con otros centros, si existiera.
79.											9.1	NO	9.4	Plan, Política o Estrategia de Calidad: acciones de mejora.	Se miden, periódica y anualmente, las acciones de mejora y la efectividad de las mismas realizadas en el "Plan, Política o Estrategia de Calidad Institucional".
80.											9.1	NO	9.5	Grupos y equipos asesores de trabajo: objetivos.	Se miden, periódica y anualmente, las acciones de mejora y la efectividad de las mismas realizadas por los grupos y equipos asesores de trabajo.
81.											9.6	NO	9.6	Grupos y equipos asesores de trabajo: acciones de mejora.	Se miden, periódica y anualmente, los resultados de los objetivos alcanzados por los grupos y equipos asesores de trabajo respecto a los resultados, las tendencias, y la comparativa interna o externa con otros centros, si existiera.
82.											6.6	NO	9.7	Unidad de Calidad: actividades.	Se mide, periódica y anualmente, el número de solicitudes de soporte técnico o metodológico en calidad generado desde las Unidades Funcionales del centro hacia la Unidad de Calidad.
83.											9.2	NO	9.8	Guías: actualización.	Se mide anualmente el grado de actualización de las guías y de otros documentos estandarizados existentes en la Unidad de Calidad.
84.										5.21	5.20	SÍ	9.9	Guías: adhesión.	Se mide anualmente el grado de cumplimiento / adherencia a las guías y a otros documentos estandarizados existentes en la Unidad de Calidad.
85.											9.3	NO	9.10	Incidentes y/o efectos adversos: análisis.	Se mide, periódica y anualmente, los resultados en relación a los indicadores de la línea estratégica sobre el número de incidentes y/o efectos adversos analizados mediante metodologías validadas .
86.										9.7	9.4	SÍ	9.11	Incidentes y/o efectos adversos: acciones de mejora.	Se mide, periódica y anualmente, los resultados en relación a los indicadores de la línea estratégica de incidentes y/o efectos adversos sobre los que se han realizado acciones de mejora efectivas.
87.										9.7	9.4	SÍ	9.12	Líneas estratégicas: indicadores de higiene de manos.	Se miden anualmente los resultados en relación a los indicadores de la línea estratégica de "higiene de manos".
88.										9.7	9.4	SÍ	9.13	Líneas estratégicas: acciones de mejora en higiene de manos.	Se miden anualmente las acciones de mejora propuestas y su efectividad, en relación a los indicadores de la línea estratégica de "higiene de manos".

N.º	Estándares del estudio Delphi (CE)										Estándares para el estudio piloto multicéntrico			
											AGR	CE	Temática	Descripción de los estándares
89.									9.7	9.4	SÍ	9.14	Líneas estratégicas: indicadores de medicamentos y quirúrgicos.	Se miden anualmente los resultados en relación a los indicadores de la línea estratégica de "verificación de la seguridad en cirugía" y/o "uso seguro de los medicamentos de alto riesgo", según corresponda al ámbito asistencial.
90.									9.7	9.4	SÍ	9.15	Líneas estratégicas: acciones de mejora de medicamentos y quirúrgicos.	Se miden anualmente las acciones de mejora propuestas y su efectividad, en relación a los indicadores de la línea estratégica de "verificación de la seguridad en cirugía" y/o "uso seguro de los medicamentos de alto riesgo", según corresponda al ámbito asistencial.
91.									9.7	9.4	SÍ	9.16	Líneas estratégicas: otros indicadores.	Se miden anualmente los resultados en relación a los indicadores de las líneas estratégicas de "identificación inequívoca de pacientes", y/o "prevención y manejo de las úlceras por presión y heridas crónicas", y/o "prevención de caídas", según corresponda al ámbito asistencial.
92.									9.7	9.4	SÍ	9.17	Líneas estratégicas: otras acciones de mejora.	Se miden anualmente las acciones de mejora propuestas y su efectividad, en relación a los indicadores de las líneas estratégicas de "identificación inequívoca de pacientes", y/o "prevención y manejo de las úlceras por presión y heridas crónicas", y/o "prevención de caídas", según corresponda al ámbito asistencial.
93.										9.5	NO	9.18	Autorización, certificación y acreditación.	Se mide anualmente el grado de participación de la Unidad de Calidad en los procesos de autorización, acreditación y/o certificación llevadas a cabo por la organización.
94.								9.8	8.11	8.10	SÍ	9.19	Comunicación y difusión.	Se mide anualmente el grado de difusión y comunicación interna y externa de los resultados de calidad de la organización.
95.									8.2	7.5	SÍ	9.20	Docencia en seguridad.	Se mide anualmente la docencia realizada por los profesionales de la Unidad de Calidad en seguridad (asistencial y no asistencial).
96.										7.5	NO	9.21	Docencia en otras dimensiones.	Se miden la docencia realizada por los profesionales de la Unidad de Calidad en otras dimensiones de la calidad, distintas a la seguridad .

CE: código del estándar del estudio piloto multicéntrico; **AGR:** agrupación de estándares del Delphi para definir los estándares para el estudio piloto multicéntrico.

Códigos de los estándares: 1: Liderazgo; 2: Estrategia; 3. Personas; 4: Alianzas y Recursos; 5: Procesos, productos y servicios; 6: Resultados en los clientes; 7: Resultados en las personas; 8: Resultados en la sociedad; 9: Resultados clave.



Anexo 14. Evidencia científica. Estándares 2010 – 2021.

Evidencia científica para la elaboración de los estándares 2010 – 2021 (Variable 14).

Categorías	N.º	Propuesta de evidencias para dar soporte a los estándares	Estándares del ESTUDIO MULTICÉNTRICO (evidencia)	Objetivos y resultados relacionados	Fuente y método de datos	Bibliografía: 2010 – 2015; 2016 – 2021	GRADE	GRADE-CERQual				Confianza GRADE-CERQual (&) y calidad de evidencia GRADE (*)	Cita
								CM (1)	CO (2)	RE (3)	SD (4)		
LIDERAZGO	1.	Participar en la formulación de los objetivos estratégicos de calidad.	Se evalúa el liderazgo y se participa en la formulación de los objetivos estratégicos de la organización (E:1.6 a 1.7, 1.9).	“El liderazgo juega un papel integral en la mejora de las medidas de calidad en la atención médica y la enfermería”.	RS: 18 artículos.	Sfantou DF, et al. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review (2017).		SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA [®]	364
	2.			“Se destaca la evidencia sobre la relación entre el trabajo en equipo y los resultados multinivel, las competencias y la medición del desempeño”.	RB: estudio cualitativo.	Rosen MA, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care (2018).		SÍ	NO	SÍ	NO	MODERADA [®]	365
	3.			“Priorizar las prestaciones sanitarias es clave en un marco estratégico”.	RS: 17 estudios.	Varela Lema L, et al. Selección de prioridades sanitarias. Revisión sistemática (2016).		SÍ	NO	SÍ	NO	MODERADA [®]	366
	4.	Disponer de objetivos alineados con la misión de la organización.	Al planificar la estrategia de la Unidad de Calidad, los objetivos están alineados con los de la organización (E: 1.9).	“Se fomentan los climas de calidad y seguridad en los objetivos de las organizaciones médicas”.	RB. Estudio cualitativo.	West MA, et al. Collective leadership for cultures of high quality health care (2014).		SÍ	SÍ	NO	NO	MODERADA [®]	367
	5.	Asumir, la dirección ejecutiva, la dirección del Plan estratégico y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad.	La Dirección ejecutiva asume la dirección del Plan y participa activamente en sus órganos de gestión, así como en la planificación y el desarrollo del programa de gestión y mejora de la calidad (E:1.12).	“Una Dirección madura en mejorar de la calidad, la prioriza, equilibra las prioridades, involucra al personal y a los pacientes, y fomenta una cultura de mejora continua”.	Estudio transversal. Entrevistas.	Jones L, et al. How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England (2017).		SÍ	NO	SÍ	NO	MODERADA [®]	368
LIDERAZGO, ESTRATEGIA Y PROCESOS	6.	Establecer una estrategia de gestión por procesos.	Se desarrolla una gestión por procesos (E: 1.3, 2.4, 2.9, 5.2, 5.10).	“Existen implicaciones para los gerentes, en las que un diseño organizacional orientado a procesos resulta positivo en el desempeño organizacional”.	RB: 26 estudios.	Kohlbacher M. The effects of process orientation: a literature review (2010).		SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA [®]	369
	7.	Certificación y acreditación.	Se identifica, detalla, participa y mide el soporte externo que la gestión de la calidad requiere (acreditaciones, certificaciones, consultoras, asesorías) (E: 1.8, 4.4, 5.12, 9.18)	“La acreditación puede tener un impacto positivo en la eficiencia, la seguridad, la eficacia, la puntualidad y el centrarse en el paciente”.	RS: 36 estudios.	Araujo CAS, et al. Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review (2020).		SÍ	NO	SÍ	NO	MODERADA [®]	370
	8.			“Las inspecciones pueden involucrar al personal, facilitar la participación de los líderes, y facilitar la planificación e implementación del cambio”.	RS: 95 estudios.	Hovlid E, et al. Mediators of change in healthcare organisations subject to external assessment: a systematic review with narrative synthesis (2020).		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ALTA [®]	371
	9.			“La acreditación a lo largo del tiempo mejora la confianza de los pacientes en una organización y su liderazgo como proveedores de servicios de salud seguros y de calidad”.	Estudio transversal.	Al-Sayedahmed, et al. Impact of Accreditation Certification on Improving Healthcare Quality and Patient Safety at Johns Hopkins Aramco Healthcare (2021).	MOD						MODERADA [*]

Categorías	N.º	Propuesta de evidencias para dar soporte a los estándares	Estándares del ESTUDIO MULTICÉNTRICO (evidencia)	Objetivos y resultados relacionados	Fuente y método de datos	Bibliografía: 2010 – 2015; 2016 – 2021	GRADE	GRADE-CERQual				Confianza GRADE-CERQual (&) y calidad de evidencia GRADE (*)	Cita	
								CM (1)	CO (2)	RE (3)	SD (4)			
ESTRATEGIA	10.	Definir los indicadores que permiten la homogeneidad y la comparabilidad interna y externa.	Hay un procedimiento para la definición de los indicadores que permite la homogeneidad y la comparabilidad interna y externa (E: 2.1).	Los indicadores en un cuadro de mando es una herramienta útil de gestión estratégica.	RB: 25 artículos.	Quesado PR, et al. Advantages and contributions in the balanced scorecard implementation. Intangible capital (2018).		SÍ	SÍ	NO	NO	MODERADA ^{&}	373	
	11.			“Hay disponible una cantidad sustancial de indicadores de calidad para evaluar la calidad de la atención comunitaria”.	RS: 25 artículos.	Joling KJ, et al. Quality indicators for community care for older people: A systematic review (2018).		SÍ	SÍ	NO	NO	MODERADA ^{&}	374	
	12.	Disponer de un plan de calidad.	El Plan de calidad se incorpora al Plan estratégico de la organización y es coherente con su misión (E: 2.1).	“Se propone un liderazgo de un Plan centrado en el paciente, en la integridad, en el trabajo en equipo, el pensamiento crítico, la inteligencia emocional y el servicio desinteresado”.	Estudio transversal.	Hargett CW, et al. Developing a model for effective leadership in healthcare: a concept mapping approach (2017).		SÍ	SÍ	NO	SÍ	MODERADA ^{&}	375	
	13.			“Para implementar un Plan de Calidad Total se necesita: educación y capacitación, liderazgo, apoyo de la alta dirección, enfoque en el cliente, participación de los empleados, gestión de procesos y mejora continua de los procesos”.	RB.	Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: a meta-analysis" (2014).		SÍ	SÍ	NO	SÍ	MODERADA ^{&}	376	
	14.	Uso seguro de la medicación.	Existen procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes (E: 2.8).	“Un análisis de modo y efecto redujo los errores de medicación en la prescripción, la validación y la dispensación de medicamentos”.	Estudio transversal.	Vélez-Díaz-Pallarés M, et al. Using Healthcare Failure Mode and Effect Analysis to reduce medication errors in the process of drug prescription, validation and dispensing in hospitalised patients (2013).	MOD					MODERADA*	377	
	15.	Prevención de la infección nosocomial.	Existen procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes (E: 2.8).	“Se identificaron diez componentes clave significativos para la prevención de la infección nosocomial”.	RS: 92 estudios.	Zingg W, et al. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus (2015).	MOD						MODERADA*	378
	16.			“La vigilancia de las infecciones nosocomiales se asocia con la reducción de las tasas de infección”.	RS: 25 artículos.	Li Y, et al. Impact of nosocomial infections surveillance on nosocomial infection rates: A systematic review (2017).	MOD						MODERADA*	379
	17.	Uso seguro de los hemoderivados.	Existen procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes (E: 2.8).	“Un programa integral de manejo preoperatorio de la anemia, recuperación celular y estrategia de transfusión racional se asocia con una menor necesidad de transfusión, de tasa de complicaciones y mortalidad”.	Meta-análisis: 17 estudios.	Althoff FC, et al. Multimodal Patient Blood Management Program Based on a Three-pillar Strategy (2019).	ALTA						ALTA*	380

Categorías	N.º	Propuesta de evidencias para dar soporte a los estándares	Estándares del ESTUDIO MULTICÉNTRICO (evidencia)	Objetivos y resultados relacionados	Fuente y método de datos	Bibliografía: 2010 – 2015; 2016 – 2021	GRADE	GRADE-CERQual				Confianza GRADE-CERQual (&) y calidad de evidencia GRADE (*)	Cita	
								CM (1)	CO (2)	RE (3)	SD (4)			
ESTRATEGIA, PROCESOS Y RESULTADOS	18.	Planificar e implementar la calidad del servicio que presta, sistemática y continuamente, y establecer los indicadores clave para monitorizar las estructuras, los procesos y los resultados.	Se establecen los indicadores clave que le permiten evaluar la efectividad del plan y monitorizar los procesos y los resultados (E: 2.1, 2.7, 2.8, 2.10, 2.11, 3.4, 3.6, 5.3, 5.5 a 5.7, 5.10, 5.14 a 5.15, 6.7).	“Se observaron tendencias para lograr mejores resultados a través de iniciativas de mejora de la calidad (trabajo en equipo, implementación de guías clínicas, alertas y un sistema de apoyo a la toma de decisiones”.	RS: 21 artículos.	Kampstra NA, et al. Health outcomes measurement and organizational readiness support quality improvement: a systematic review (2018).		SÍ	NO	SÍ	NO	MODERADA [®]	381	
	19.			“Se proponen un conjunto de indicadores clave para monitorizar la calidad”.	RB: 33 revisiones sistemáticas.	Ramalho A, et al. Primary health care quality indicators: An umbrella review (2019).		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ALTA [®]	382	
	20.	Definir la comunicación interna de la estrategia.	Se fomenta la comunicación con los profesionales y con la Dirección del centro y le hace participe de toda la información relevante para la gestión (E: 2.10, 5.16).	“El liderazgo transformacional influye positivamente en la comunicación interna mediante canales cara a cara y electrónicos”.	Estudio transversal. 400 participantes.	Men LR. Strategic Internal Communication: Transformational Leadership, Communication Channels, and Employee Satisfaction (2014).	MOD					MODERADA*	383	
	21.	Disponer de un mecanismo de evaluación y adecuación de las capacidades del personal.	Se miden las competencias del equipo de la Unidad de Calidad” (E: 1.7, 7.4).	“Se identificaron herramientas para evaluar el trabajo en equipo, la gestión de riesgos”.	RS: 48 estudios.	Okuyama A, et al. Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systematic review (2011).		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ALTA [®]	384	
	22.	Definir la política de evaluación de la satisfacción y expectativas de los usuarios, y medir la percepción global de los clientes respecto al servicio recibido.	Se mide la percepción de los clientes internos y externos, sus expectativas y necesidades (E: 2.2, 7.11).	“Se identifica 10 dimensiones de calidad percibidas por los pacientes (comunicación...) para planificar y evaluar la prestación de servicios de salud”.	RS: 36 estudios.	Mohammed K, et al. Creating a Patient-Centered Health Care Delivery System: A Systematic Review of Health Care Quality From the Patient Perspective (2016).		SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA [®]	385	
	23.			“La participación del paciente puede informar la educación y las políticas del paciente y del proveedor, así como mejorar la prestación de servicios y la gobernanza”.	RS: 49 estudios.	Bombard Y, et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review (2018).		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ALTA [®]	386	
	24.			“Las formulaciones de la satisfacción se definen como qué tan bien el servicio de salud cumple con las expectativas del paciente”.	RS: 36 estudios.	Batbaatar E, et al. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review (2015).		SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA [®]	387	
	25.			“La calidad de la atención interpersonal de los proveedores de salud fue el determinante esencial de la satisfacción del paciente”.	RS: 109 estudios.	Batbaatar E, et al. Determinants of patient satisfaction: a systematic review (2017).	ALTA						ALTA*	388
	26.			“La atención centrada en el paciente y la familia podría ser un enfoque crítico para mejorar la calidad de la atención médica”.	RS: 28 revisiones sistemáticas.	Park M, et al. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews (2018).		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ALTA [®]	389	

Categorías	N.º	Propuesta de evidencias para dar soporte a los estándares	Estándares del ESTUDIO MULTICÉNTRICO (evidencia)	Objetivos y resultados relacionados	Fuente y método de datos	Bibliografía: 2010 – 2015; 2016 – 2021	GRADE	GRADE-CERQual				Confianza GRADE-CERQual (&) y calidad de evidencia GRADE (*)	Cita
								CM (1)	CO (2)	RE (3)	SD (4)		
PERSONAS Y RESULTADOS	27.	Revisar y actualizar el plan de formación en calidad, mejora continua y seguridad del paciente, formar a los profesionales en temas de calidad y seguridad del paciente, y medir su cumplimiento.	Existe un plan de formación con acciones formativas para todo el personal en calidad y seguridad, la satisfacción con el mismo, y se mide el grado de cumplimiento de la formación anual en calidad, seguridad del paciente y mejora continua. (E:3.4 a 3.8., 7.1).	“Se informan de resultados positivos para el impacto educativo de las herramientas de evaluación basadas en el puesto de trabajo”.	RS: 16 estudios.	Miller A, et al. Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review (2010).		SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA [®]	390
	28.			“Las percepciones hacia la colaboración interprofesional y la toma de decisiones clínicas son positivas a través de la educación interprofesional”.	RS: 9 estudios.	Lapkin S, et al. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs (2013).		SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA*	391
	29.			“Las estrategias prácticas con simulaciones pueden ser más efectivas y mejoran la satisfacción del usuario”.	Meta-análisis (17 ensayos clínicos).	Martos-Cabrera MB, ET AL. Hand Hygiene Teaching Strategies among Nursing Staff: A Systematic Review (2019).	ALTA					ALTA*	392
	30.			“La formación en calidad y seguridad (y sobre todo, mediante simulación) permite lograr objetivos específicos de adquisición de habilidades clínicas”.	Meta-análisis (4 estudios).	McGaghie WC, et al. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence (2011).	ALTA					ALTA*	393
	31.			“La formación muestra resultados positivos en calidad y seguridad”.	Estudio transversal. 172 participantes.	O'Leary KJ, et al. Immediate and long-term effects of a team-based quality improvement training programme (2019).	MOD					MODERADA*	394
	32.			“La simulación es adecuada para capacitar al personal en eventos centinelas”.	RS: 21 estudios.	Sarfati L, et al. Human-simulation-based learning to prevent medication error: A systematic review (2019).		SÍ	SÍ	NO	NO	MODERADA [®]	395
	33.			“Implementar estrategias de equipo y herramientas para el desempeño y la seguridad del paciente (teórico-prácticas) mejora significativamente la cultura organizacional y la percepción de la seguridad del paciente por parte del equipo de atención médica”.	Estudio transversal: 32.150 participantes.	Thomas L, et al. Building a culture of safety through team training and engagement (2013).	MOD					MODERADA*	396
	34.			Disponer de comisiones, comités, grupos de trabajo o grupos de mejora, entre otros).	Existen grupos y/o equipos de trabajo interdisciplinarios y de diferentes estamentos (E: 3.9)	Los equipos multidisciplinares (MDT) se consideran el estándar de oro de la atención en muchos sistemas de salud. La evidencia es consistente en mostrar consecuencias positivas para el manejo de los pacientes en múltiples dimensiones.	RS: 51 estudios.	Prades J, et al. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes (2015).	MOD				
ALIANZAS Y RECURSOS	35.	Disponer de un sistema de gestión de la información.	Se dispone de un sistema de gestión de la información (E: 4.6).	“Se han identificado 19 indicadores relacionados con el cuidado que se ven impactados por el uso de las TIC”.	RS: 22 revisiones.	Rouleau G, et al. Impact of information and communication technologies on nursing care: results of an overview of systematic reviews (2017).		SÍ	NO	NO	SÍ	ALTA [®]	398

Categorías	N.º	Propuesta de evidencias para dar soporte a los estándares	Estándares del ESTUDIO MULTICÉNTRICO (evidencia)	Objetivos y resultados relacionados	Fuente y método de datos	Bibliografía: 2010 – 2015; 2016 – 2021	GRADE-CERQual				Confianza GRADE-CERQual (&) y calidad de evidencia GRADE (*)	Cita
							CM (1)	CO (2)	RE (3)	SD (4)		
PROCESOS Y RESULTADOS	36.	Disponer de un cuadro de mandos para proporcionar una información sistemática.	Se dispone de un cuadro de mando que proporciona información sistemática, precisa, estructurada y periódica sobre el desarrollo de la estrategia, permitiendo la comparación con otras organizaciones (E: 5.10).	“Se identifican como aquellos factores de los sistemas de información que dan soporte a la calidad total”.	RB: 91 artículos.	Barata J, et al. Synergies between quality management and information systems: a literature review and map for further research (2017).	SÍ	NO	NO	SÍ	MODERADA ^{&}	399
	37.	Elaborar y revisar protocolos, guías asistenciales acordes con la evidencia científica.	Se dispone y se evalúa el cumplimiento de guías asistenciales consensuadas y basadas en la evidencia científica actual (E:5.2, 5.9).	“Se respalda la realización de guías asistenciales”.	Estudio transversal.	Garrity C, et al. Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews (2021).	SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA ^{&}	400
	38.			“El desarrollo de vías clínicas es un enfoque útil para evaluar y sintetizar evidencia para el desarrollo de políticas y la mejora de la calidad”.	RB.	Lawal A, et al. What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review (2016).	MOD				MODERADA*	401
	39.			“La realización de guías es positiva y da soporte a la calidad asistencial”.	RB.	Kredo T, et al. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play (2016).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ALTA ^{&}	402
	40.	Eventos adversos.	Los incidentes / eventos adversos se analizan y se corrigen, mediante metodologías validadas (E: 5.2 a 5.4).	“Los efectos adversos del tratamiento deben cuantificarse numéricamente, porque conducen a mejores estimaciones de los riesgos”.	Meta-análisis: 10 ensayos controlados aleatorios.	Büchter, et al. Words or numbers? Communicating risk of adverse effects in written consumer health information: a systematic review and meta-analysis (2014).	ALTA				ALTA*	403
	41.			Se identificaron dimensiones para definir un incidente grave notificable: (1) se puedan prevenir; (2) aprendizaje significativo; (3) causar daños graves; (4) ser identificable, medible y factible notificar; y (5) correr el riesgo de recurrencia.	RS: 50 artículos.	Hegarty J, et al. An International Perspective on Definitions and Terminology Used to Describe Serious Reportable Patient Safety Incidents: A Systematic Review (2020).	SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA ^{&}	404
	42.			“La categorización de las circunstancias del evento, así como el problema de seguridad del paciente resultante y el método de detección, proporcionan un medio para sintetizar las soluciones de detección de EA”.	RS.	Penning M, et al. A Qualitative Evidence Synthesis of Adverse Event Detection Methodologies (2019).	SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA ^{&}	405
	43.			“La participación en actividades retroalimentación sobre experiencias de seguridad se asoció con puntuaciones más altas en la cultura de seguridad del paciente”.	Estudio transversal. 3.888 encuestados.	Boussat B, et al. Involvement in root cause analysis and patient safety culture among hospital care providers (2017).	ALTA				ALTA*	406
	44.			Su notificación serían más efectivos si estuvieran dirigidos por los equipos clínicos directamente, y si estuvieran integrados dentro de las organizaciones como parte de programas de seguridad más amplios.	RS: 43 estudios.	Stavropoulou C, et al. How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review (2015).	SÍ	NO	SÍ	NO	MODERADA ^{&}	407

Categorías	N.º	Propuesta de evidencias para dar soporte a los estándares	Estándares del ESTUDIO MULTICÉNTRICO (evidencia)	Objetivos y resultados relacionados	Fuente y método de datos	Bibliografía: 2010 – 2015; 2016 – 2021	GRADE-CERQual				Confianza GRADE-CERQual (&) y calidad de evidencia GRADE (*)	Cita		
							CM (1)	CO (2)	RE (3)	SD (4)				
PROCESOS Y RESULTADOS	45.	Identificación unívoca de pacientes.	Existen procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes (E: 5.7, 9.16 a 9.17).	Se deben aplicar procedimientos y/o tecnologías para una identificación positiva en la atención médica.	RB.	Davoodi, Somayeh, Reza Kariminejad, and Zeinab Mohammadzadeh. "Cancer care improvement through positive patient identification technologies." <i>International Journal</i> 4.9 (2018): 215.		SÍ	NO	SÍ	NO	MODERADA ^{&}	408	
	46.	Caidas de pacientes. Contención.	Existen procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes 5.7, 9.16 a 9.17).	"Los programas de prevención de caídas en pacientes hospitalizados reducen las caídas".	RS: 4 meta-análisis (19 estudios).	Miake-Lye IM, et al. Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review (2013).	MOD					MODERADA*	409	
	47.	Higiene de manos.	Existen procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes (E:5.5, 9.12, 9.13).	"La implementación de un programa de higiene de manos reduce las infecciones asociadas a la atención médica, y es rentable".	Estudio transversal: 8.420 oportunidades analizadas.	Chen YCh, et al. Effectiveness and Limitations of Hand Hygiene Promotion on Decreasing Healthcare-Associated Infections (2011).	MOD						MODERADA*	410
	48.			"El cumplimiento medio de la higiene de manos ofrecen indicadores útiles para evaluar y mejorar su cumplimiento".	RS: 61 estudios.	Lambe KA, et al. Hand Hygiene Compliance in the ICU: A Systematic Review (2019).	ALTA					ALTA*	411	
	49.			"El personal sanitario tiene acceso a la formación adecuada y a veces falta el apoyo de gestión y recursos".	Meta-resumen cualitativo: 36 informes.	Chatfield SL, et al. Hand hygiene among healthcare workers: A qualitative meta summary using the GRADE-CERQual process (2017).		SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA ^{&}	412	
	50.	Prevención de las úlceras por presión.	Existen procedimientos relacionados con la Seguridad de los Pacientes (E:5.7, 9.16, 9.17).	"La implementación de iniciativas múltiples mejora los procesos y reducen las úlceras por presión".	RS: 26 estudios.	Sullivan N, et al. Preventing In-Facility Pressure Ulcers as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review (2013).	MOD						MODERADA*	413
	51.	Se obtienen y se miden los resultados	Hay criterios para la evaluación de la efectividad (E: 9.4 a 9.17).	"Los resultados obtenidos muestran que la cultura organizacional se mide en relación a la orientación a los resultados y orientación a personas".	RB: 43 documentos.	Carrillo Punina, et al. Medición de la cultura organizacional (2016).		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ		ALTA ^{&}	414
	52.			"Las culturas organizacionales y laborales positivas se asociaron con una mayor satisfacción del paciente".	RS: 62 artículos.	Braithwaite J, et al. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review (2017).		SÍ	NO	SÍ	SÍ	MODERADA ^{&}	415	
	53.			"Se evidencia de manera universal la relación positiva existente entre la orientación a los servicios sanitarios y los resultados de las empresas".	Meta-análisis. 83 estudios.	Castellanos-Ordóñez G, et al. Metaanálisis de la relación entre la orientación al mercado y los resultados de la empresa (2017).	MOD					MODERADA*	416	

Categorías	N.º	Propuesta de evidencias para dar soporte a los estándares	Estándares del ESTUDIO MULTICÉNTRICO (evidencia)	Objetivos y resultados relacionados	Fuente y método de datos	Bibliografía: 2010 – 2015; 2016 – 2021	GRADE-CERQual				Confianza GRADE-CERQual (&) y calidad de evidencia GRADE (*)	Cita
							CM (1)	CO (2)	RE (3)	SD (4)		
	54.		Se evalúan los resultados y las acciones de mejora propuestas (E: 2.1, 9.10 a 9.17).	“Cinco dominios en las organizaciones médicas: cultura organizacional, infraestructuras, misión cohesiva, conmociones del sistema y relaciones externas con otras partes interesadas”.	RS: 33 artículos.	Vaughn VM, et al. Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: results from a systematic review of qualitative studies (2019).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ALTA ^a	417
	55.	Disponer de un sistema de control de calidad sobre los proveedores.	La organización tiene un sistema de control de calidad sobre sus proveedores (E: 9.1).	“Los proveedores de atención médica se preocupan por las medidas o indicadores de calidad”.	RS: 14 artículos.	Lee JY, et al. Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance (2012).	SÍ	NO	SÍ	NO	MODERADA ^a	418
	56.	Incluir la mejora continua entre las actividades prioritarias.	Al planificar la estrategia, se incluye la mejora continua de la calidad (E: 3.6, 4.5, 7.1).	“El ciclo de PDCA, como análogo a un método científico, es esencial para mejorar el rigor científico”.	RS: 47 artículos.	Taylor MJ, et al. Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare (2014).	SÍ	SÍ	NO	NO	MODERADA ^a	419
	57.	Documentar actividades de investigación.	Se mide el grado de actividades de investigación e innovación (E: 7.6).	“La medición del impacto de la investigación es esencial para la formulación de políticas, y el impacto en la salud y los sistemas de salud”.	RS: 24 estudios.	Cruz Rivera S, et al. Assessing the impact of healthcare research: A systematic review of methodological frameworks (2017).	SÍ	SÍ	SÍ	NO	MODERADA ^a	420
	58.	Medir las buenas prácticas o líneas estratégicas de la seguridad de los pacientes.	Se miden los resultados y el grado de cumplimiento de las acciones de mejora derivadas de las líneas estratégicas de seguridad existentes en la organización (E: 9.11 a 9.17).	La verificación quirúrgica, entre las líneas estratégicas de seguridad, abordan la mejora de la seguridad del paciente quirúrgico.	RS: 33 estudios.	Treadwell JR, et al. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation (2014).	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	ALTA ^a	421
	59.	Participación de los medios de comunicación y las redes sociales.	Se miden anualmente las apariciones / menciones en prensa estatal / local, radio, TV, redes sociales... a consecuencia de las actividades propias de la Unidad de Calidad (E:8.3 a 8.4)	Las redes de profesionales de la salud pueden facilitar la coordinación de la atención y contribuir a mejorar la calidad y la seguridad de la atención.	RS: 26 estudios.	Cunningham FC, et al. Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review (2012).	SÍ	NO	NO	SÍ	MODERADA ^a	422

(1) CM: calidad metodológica; (2) CO: coherencia; (3) RE: relevancia; (4) SD: suficiencia de datos; E: número del estándar del listado revisado por el comité científico – 1ª revisión –, e incluido en el Delphi; RB: revisión bibliográfica; RS: Revisión sistemática.



Anexo 15. Cumplimiento de cada estándar en los 21 centros.

Media de cumplimiento de cada estándar en el total de los 21 centros participantes en el estudio piloto multicéntrico.

N.º de estándar	Categorías	Código de cada estándar	Media	DE	IC 95% LS	IC 95% LI
1	1	1.1	0,86	0,36	1,02	0,69
2	1	1.2	0,95	0,22	1,05	0,85
3	1	1.3	0,67	0,48	0,89	0,45
4	1	1.4	0,67	0,48	0,89	0,45
5	1	1.5	0,76	0,44	0,96	0,56
6	1	1.6	0,95	0,22	1,05	0,85
7	1	1.7	0,43	0,51	0,66	0,20
8	1	1.8	0,86	0,36	1,02	0,69
9	1	1.9	0,86	0,36	1,02	0,69
10	2	2.1	0,86	0,36	1,02	0,69
11	2	2.2	0,43	0,51	0,66	0,20
12	2	2.3	0,67	0,48	0,89	0,45
13	2	2.4	0,76	0,44	0,96	0,56
14	2	2.5	0,76	0,44	0,96	0,56
15	2	2.6	0,90	0,30	1,04	0,77
16	2	2.7	0,67	0,48	0,89	0,45
17	2	2.8	0,95	0,22	1,05	0,85
18	2	2.9	0,62	0,50	0,85	0,39
19	2	2.10	0,62	0,50	0,85	0,39
20	2	2.11	0,62	0,50	0,85	0,39
21	3	3.1	0,52	0,51	0,76	0,29
22	3	3.2	0,67	0,48	0,89	0,45
23	3	3.3	0,81	0,40	0,99	0,63
24	3	3.4	0,95	0,22	1,05	0,85
25	3	3.5	0,52	0,51	0,76	0,29
26	3	3.6	0,71	0,46	0,93	0,50
27	3	3.7	0,86	0,36	1,02	0,69
28	3	3.8	0,62	0,50	0,85	0,39
29	3	3.9	0,90	0,30	1,04	0,77
30	4	4.1	0,95	0,22	1,05	0,85
31	4	4.2	0,19	0,40	0,37	0,01
32	4	4.3	0,29	0,46	0,50	0,08
33	4	4.4	0,52	0,51	0,76	0,29
34	4	4.5	0,33	0,48	0,55	0,11
35	4	4.6	0,90	0,30	1,04	0,77
36	5	5.1	0,62	0,50	0,85	0,39
37	5	5.2	0,86	0,36	1,02	0,69
38	5	5.3	0,95	0,22	1,05	0,85

N.º de estándar	Categorías	Código de cada estándar	Media	DE	IC 95% LS	IC 95% LI
39	5	5.4	0,95	0,22	1,05	0,85
40	5	5.5	0,81	0,40	0,99	0,63
41	5	5.6	0,95	0,22	1,05	0,85
42	5	5.7	0,86	0,36	1,02	0,69
43	5	5.8	0,62	0,50	0,85	0,39
44	5	5.9	0,24	0,44	0,44	0,04
45	5	5.10	0,76	0,44	0,96	0,56
46	5	5.11	0,76	0,44	0,96	0,56
47	5	5.12	0,81	0,40	0,99	0,63
48	5	5.13	0,86	0,36	1,02	0,69
49	5	5.14	0,86	0,36	1,02	0,69
50	5	5.15	0,62	0,50	0,85	0,39
51	5	5.16	0,76	0,44	0,96	0,56
52	5	5.17	0,81	0,40	0,99	0,63
53	5	5.18	0,86	0,36	1,02	0,69
54	6	6.1	0,10	0,30	0,23	-0,04
55	6	6.2	0,19	0,40	0,37	0,01
56	6	6.3	0,38	0,50	0,61	0,15
57	6	6.4	0,19	0,40	0,37	0,01
58	7	7.1	0,48	0,51	0,71	0,24
59	7	7.2	0,57	0,51	0,80	0,34
60	7	7.3	0,43	0,51	0,66	0,20
61	7	7.4	0,24	0,44	0,44	0,04
62	7	7.5	0,14	0,36	0,31	-0,02
63	7	7.6	0,48	0,51	0,71	0,24
64	7	7.7	0,43	0,51	0,66	0,20
65	7	7.8	0,38	0,50	0,61	0,15
66	7	7.9	0,48	0,51	0,71	0,24
67	7	7.10	0,24	0,44	0,44	0,04
68	7	7.11	0,05	0,22	0,15	-0,05
69	7	7.12	0,29	0,46	0,50	0,08
70	8	8.1	0,19	0,40	0,37	0,01
71	8	8.2	0,33	0,48	0,55	0,11
72	8	8.3	0,19	0,40	0,37	0,01
73	8	8.4	0,19	0,40	0,37	0,01
74	8	8.5	0,48	0,51	0,71	0,24
75	8	8.6	0,14	0,36	0,31	-0,02
76	9	9.1	0,57	0,51	0,80	0,34
77	9	9.2	0,52	0,51	0,76	0,29
78	9	9.3	0,67	0,48	0,89	0,45
79	9	9.4	0,43	0,51	0,66	0,20

N.º de estándar	Categorías	Código de cada estándar	Media	DE	IC 95% LS	IC 95% LI
80	9	9.5	0,38	0,50	0,61	0,15
81	9	9.6	0,43	0,51	0,66	0,20
82	9	9.7	0,10	0,30	0,23	-0,04
83	9	9.8	0,33	0,48	0,55	0,11
84	9	9.9	0,14	0,36	0,31	-0,02
85	9	9.10	0,62	0,50	0,85	0,39
86	9	9.11	0,57	0,51	0,80	0,34
87	9	9.12	0,76	0,44	0,96	0,56
88	9	9.13	0,57	0,51	0,80	0,34
89	9	9.14	0,48	0,51	0,71	0,24
90	9	9.15	0,29	0,46	0,50	0,08
91	9	9.16	0,71	0,46	0,93	0,50
92	9	9.17	0,52	0,51	0,76	0,29
93	9	9.18	0,48	0,51	0,71	0,24
94	9	9.19	0,43	0,51	0,66	0,20
95	9	9.20	0,48	0,51	0,71	0,24
96	9	9.21	0,29	0,46	0,50	0,08

Categorías de los estándares. 1: Liderazgo; 2: Estrategia; 3: Personas; 4: Alianzas y Recursos; 5: Procesos, productos y servicios; 6: Resultados en los clientes; 7: Resultados en las Personas; 8: Resultados en la Sociedad; 9: Resultados clave. **IC 95% LS:** intervalo de confianza 95 %, límite superior; **IC 95% LI:** intervalo de confianza 95 %, límite inferior.



Anexo 16. Estándares definitivos para las Unidades de Calidad.

Estándares definitivos propuestos para las Unidades de Calidad, después del estudio piloto multicéntrico y de la revisión del comité científico.

N.º	Código del estándar	Temáticas	Estándares
1	1.1	Unidad de Calidad (Unidad de Calidad).	Existe un equipo o "Unidad de Calidad", que gestiona, coordina y asesora metodológicamente a la organización en los planes y actividades de calidad.
2	1.2	Plan, Política o Estrategia de Calidad.	La Dirección ejecutiva asume la dirección de un Plan, Política o Estrategia de Calidad, coherente con el Pla Estratégico institucional, delegándolo en la Unidad de Calidad.
3	1.3	Procesos de la Unidad de Calidad.	La Unidad de Calidad define e identifica sus procesos o actividades clave y sus responsabilidades en los diferentes ámbitos de actuación, alineadamente y coherente con el despliegue del "Plan, Política o Estrategia de Calidad Institucional".
4	1.4	Responsable de la Unidad de Calidad: nombramiento y competencias.	Existe un responsable de la Unidad de Calidad nombrado por la Dirección ejecutiva, con las competencias (perfil profesional), funciones y responsabilidades descritas.
5	1.5	Responsable de la Unidad de Calidad: selección.	Hay un procedimiento específico para la selección y el nombramiento del responsable de la Unidad de Calidad aprobado por la Dirección ejecutiva.
6	1.6	Responsable de la Unidad de Calidad: objetivos institucionales.	El responsable de la Unidad de Calidad participa en la formulación de los objetivos estratégicos y/o operativos de la Organización relacionados con la calidad.
7	1.7	Responsable de la Unidad de Calidad: evaluación.	El responsable de la Unidad de Calidad es evaluado por la Dirección ejecutiva periódicamente como mínimo cada 3 años.
8	1.8	Responsable de la Unidad de Calidad: certificación y/o acreditación.	La Unidad de Calidad, individual o conjuntamente o directa o indirectamente con el resto de la Organización, está autorizada, certificada o acreditada a través de algún tipo de sistema de gestión de la calidad.
9	1.9	Responsable de la Unidad de Calidad: objetivos.	La Unidad de Calidad propone los objetivos de sus áreas de responsabilidad consensuados, alineados con el Plan Estratégico de la Organización, aprobados conjuntamente por la Dirección ejecutiva, e identificando los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos necesarios.
10	2.1	Plan, Política o Estrategia de Calidad Institucional: documentación.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad está documentada, vigente, liderada por la Unidad de Calidad, y es aprobada por la Dirección ejecutiva.
11	2.2	Unidad de Calidad: Grupos de interés.	La Unidad de Calidad ha identificado las expectativas y necesidades de sus grupos de interés, y las incorpora a la planificación de la estrategia y de sus objetivos.

N.º	Código del estándar	Temáticas	Estándares
12	2.3	Plan, Política o Estrategia de Calidad: difusión.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad se difunde y se comunica adecuadamente a todos los grupos de interés de la Organización.
13	2.4	Plan, Política o Estrategia de Calidad: retroalimentación.	Al planificar los objetivos de la Unidad de Calidad, se consideran los resultados, las tendencias, las comparaciones y las oportunidades de mejora detectadas en los años anteriores.
14	2.5	Plan, Política o Estrategia de Calidad: responsable delegado.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad está liderada por el responsable de la Unidad de Calidad.
15	2.6	Plan, Política o Estrategia de Calidad: profesionales delegados.	Existen uno o más profesionales en los distintos equipos considerados clave del centro, con funciones relacionadas con las dimensiones de la calidad y coordinados con la Unidad de Calidad.
16	2.7	Plan, Política o Estrategia de Calidad: indicadores.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad de la Organización incluye indicadores de calidad y garantiza su implementación.
17	2.8	Plan, Política o Estrategia de Calidad: indicadores de seguridad	El Plan, Política o Estrategia de Calidad de la Organización incluye, entre sus indicadores de calidad, los relacionados con las líneas estratégicas de la seguridad de los pacientes.
18	2.9	Plan, Política o Estrategia de Calidad: acciones de mejora.	El Plan, Política o Estrategia de Calidad de la Organización define la metodología empleada para el desarrollo y priorización de los proyectos y acciones de mejora a implementar en función de las oportunidades detectadas en materia de calidad.
19	2.10	Plan, Política o Estrategia de Calidad: difusión de los indicadores.	Se difunden y/o comunican internamente los resultados de los indicadores del Plan, Política o Estrategia de Calidad de la Organización.
20	2.11	Unidad de Calidad: cuadro de mando de indicadores.	La Unidad de Calidad dispone de un conjunto propio de indicadores que le permite monitorizar su actividad.
21	3.1	Descripción de los puestos de trabajo de la Unidad de Calidad.	La Unidad de Calidad asesora a la Dirección ejecutiva sobre el número de profesionales de su unidad, la definición del perfil, la descripción de los puestos de trabajo y sus funciones.
22	3.2	Definición de los perfiles profesionales externos referentes de la Unidad de Calidad.	La Unidad de Calidad asesora a las unidades funcionales de la Organización en la definición del perfil y las funciones de los profesionales referentes de calidad, así como su coordinación con la Unidad de Calidad.
23	3.3	Identificación de los profesionales de calidad de los equipos externos.	La Unidad de Calidad tiene identificada para cada Unidad Funcional de la Organización el profesional de referencia relacionado con las dimensiones de la calidad, en lo que se refiere a la gestión de la calidad.

N.º	Código del estándar	Temáticas	Estándares
24	3.4	El Plan, Política o Estrategia de Formación: acciones formativas.	El Plan, Política o Estrategia de Formación de la Organización incluye acciones formativas para el personal sobre calidad y sus dimensiones.
25	3.5	El Plan, Política o Estrategia de Formación: formadores.	El Plan, Política o Estrategia de Formación de la Organización prevé la formación de formadores en materia de calidad y, mayoritariamente, en seguridad de pacientes.
26	3.6	El Plan, Política o Estrategia de Formación: indicadores.	El Plan, Política o Estrategia de Formación de la Organización en materia de calidad, mejora continua y seguridad del paciente, dispone de un conjunto de indicadores para su evaluación.
27	3.7	El Plan, Política o Estrategia de Formación: participación de los profesionales de la unidad.	Los profesionales de la Unidad de Calidad participan en la formación continuada periódica de los profesionales de la Organización en temas de calidad y sus dimensiones (y, sobre todo, en seguridad de pacientes).
28	3.8	El Plan, Política o Estrategia de Formación: nuevos profesionales.	La Unidad de Calidad participa en la formación inicial de los profesionales de nueva incorporación en temas de calidad y sus dimensiones (y, sobre todo, en seguridad de pacientes).
29	3.9	Grupos y equipos asesores de trabajo: comisiones, comités, grupos de trabajo, grupos de mejora u otros.	Existen grupos de trabajo interdisciplinarios y de diferentes estamentos (comisiones, comités, grupos de trabajo o grupos de mejora, entre otros) en coordinación con la Unidad de Calidad, orientados a evaluar las actividades susceptibles de mejoras detectadas por la Organización en materia de calidad y sus dimensiones (y, mayoritariamente, en seguridad de pacientes).
30	4.1	Recursos de la Unidad de Calidad: estructuras.	La Unidad de Calidad dispone de un espacio físico identificable y suficiente para el desarrollo adecuado de sus funciones.
31	4.2	Recursos: necesidades y presupuesto.	La Unidad de Calidad planifica las necesidades de recursos anuales, y propone y gestiona un presupuesto específico, aprobado por la Dirección ejecutiva.
32	4.3	Recursos: soporte externo.	La institución identifica y detalla el soporte externo que la gestión de la calidad requiere (acreditaciones, certificaciones, auditorías, consultoras o asesorías, entre otras).
33	4.4	Acuerdos o alianzas.	La Unidad de Calidad promueve y propone a la Dirección ejecutiva acuerdos, colaboración o convenios con entidades externas vinculadas con la calidad, para dar respuesta a las necesidades de sus grupos de interés.
34	4.5	Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).	La Unidad de Calidad dispone de recursos y sistemas de Tecnología de la Información y Comunicación que le permite realizar sus funciones.
35	5.1	Procesos de la Unidad de Calidad: responsables.	Los procesos de la Unidad de Calidad tienen responsables / propietarios, que asumen el desarrollo de la estrategia de la gestión de cada proceso de la unidad.

N.º	Código del estándar	Temáticas	Estándares
36	5.2	Guías documentadas de la Unidad de Calidad.	La Unidad de Calidad tiene identificadas, redactadas y actualizadas las guías de la Unidad de Calidad que aplican en cada uno de sus procesos / actividades.
37	5.3	Líneas estratégicas de seguridad: incidentes y/o eventos adversos.	La Unidad de Calidad, asesora, participa y colabora en su identificación, registro, análisis, propuesta de acciones de mejora y revisión, a partir de distintas metodologías validadas.
38	5.4	Líneas estratégicas de seguridad: infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).	La Unidad de Calidad asesora y participa en el desarrollo (elaboración, difusión, implementación, revisión, indicadores y acciones de mejora) de procesos y guías en la línea estratégica de IRAS.
39	5.5	Líneas estratégicas de seguridad: uso seguro de medicamentos.	La Unidad de Calidad asesora y participa en el uso seguro de los medicamentos.
40	5.6	Líneas estratégicas de seguridad: seguridad transfusional.	La Unidad de Calidad asesora y participa en la seguridad transfusional
41	5.7	Líneas estratégicas de seguridad: cirugía segura, y procedimientos invasivos y de riesgo).	La Unidad de Calidad asesora y participa en las líneas estratégicas sobre "cirugía segura, y procedimientos invasivos y de riesgo".
42	5.8	Líneas estratégicas de seguridad: gestión de cuidados.	La Unidad de Calidad asesora y participa en el desarrollo de procesos y guías de las líneas estratégicas sobre gestión de cuidados.
43	5.9	Guías de la Organización.	La Unidad de Calidad asesora y participa en el desarrollo de guías de la Organización que aplican al resto de las dimensiones de la calidad (diferentes a seguridad de pacientes).
44	5.10	Guías de la Unidad de Calidad: adherencia	La Unidad de Calidad evalúa la adherencia a sus guías.
45	5.11	Procesos / actividades de la Organización: estrategia y metodología.	La Unidad de Calidad participa en la estrategia y metodología para la gestión por procesos / actividades de la Organización.
46	5.12	Memoria de la Unidad de Calidad	La Unidad de Calidad elabora una memoria anual de actividades que se presenta a la Dirección ejecutiva.
47	5.13	Auditorías, autorizaciones, certificaciones y acreditaciones en materia de calidad.	La Unidad de Calidad participa en las auditorías, y/o autorizaciones, y/o certificaciones, y/o acreditaciones que se realizan en la Organización en materia de calidad.

N.º	Código del estándar	Temáticas	Estándares
48	5.14	Indicadores de la Unidad de Calidad: seguimiento.	La Unidad de Calidad realiza el seguimiento de los indicadores clave de su unidad, evalúa las tendencias, las comparativas internas y externas, y participa en la definición de las áreas de mejora.
49	5.15	Indicadores de la Unidad de Calidad: difusión a la Organización.	La Unidad de Calidad dispone de un procedimiento para la comunicación y difusión de los resultados de sus indicadores clave a toda la Organización.
50	5.16	Indicadores de la Unidad de Calidad: difusión a la dirección.	La Unidad de Calidad reporta a la Dirección ejecutiva y la hace partícipe de toda la información relevante sobre la gestión de la unidad.
51	5.17	Grupos y equipos asesores de trabajo (comisiones...): estrategia.	La Unidad de Calidad garantiza la estrategia de funcionamiento y seguimiento de los grupos y equipos asesores de trabajo definidos en la Organización.
52	5.18	Satisfacción de clientes.	La Unidad de Calidad participa en el análisis y evaluación de los resultados de las encuestas de satisfacción de la Organización.
53	6.1	Formación en calidad de usuarios, pacientes o ciudadanos.	Se miden los usuarios, pacientes o ciudadanos que han participado en actividades de formación / educación sobre cualquiera de las dimensiones de la calidad (mayoritariamente en seguridad), con la participación de la Unidad de Calidad.
54	6.2	Participación en calidad de usuarios, pacientes o ciudadanos.	Se miden los usuarios, pacientes o ciudadanos que han participado en grupos de trabajo sobre temas de calidad con la participación de la Unidad de Calidad.
55	6.3	Acciones de mejora realizadas para mejorar la atención de usuarios, pacientes o ciudadanos.	Se mide el número de acciones de mejora en las que ha participado la Unidad de Calidad que hayan demostrado una mejora en la atención de los usuarios, pacientes o ciudadanos.
56	7.1	Formación en calidad: Organización.	Se mide, en el conjunto de la Organización, el resultado de la formación en materia de calidad (incluyendo la seguridad del paciente) y mejora continua.
57	7.2	Formación en calidad: Unidad de Calidad.	Se mide la formación recibida por los profesionales de la Unidad de Calidad en cualquiera de las dimensiones de la calidad.
58	7.3	Competencia profesional.	Se mide el grado competencial de los profesionales de la Unidad de Calidad al menos trienalmente.
59	7.4	Competencia profesional: acciones de mejora.	Se miden las acciones de mejora realizadas por los profesionales de la Unidad de Calidad, al menos trienalmente, fruto de las evaluaciones de sus competencias.

N.º	Código del estándar	Temáticas	Estándares
60	7.5	Investigación y/o innovación.	Se mide la participación de los profesionales de la Unidad de Calidad en actividades de investigación y/o innovación.
61	7.6	Participación en grupos y equipos asesores de trabajo (comisiones...).	Se mide la participación de los profesionales de la Unidad de Calidad en grupos y equipos asesores de trabajo (comisiones, comités, grupos de trabajo, grupos de mejora u otros).
62	7.7	Satisfacción de los profesionales de la Organización con la formación en calidad.	Se mide la satisfacción de los profesionales de la Organización con la formación impartida por la Unidad de Calidad.
63	7.8	Satisfacción de los profesionales de la Organización con la Unidad de Calidad.	Se mide la satisfacción de los profesionales de la Organización con los servicios recibidos por la Unidad de Calidad.
64	7.9	Incidencias, reclamaciones, agradecimientos o sugerencias recibidas.	Se miden los indicadores sobre el número, el tiempo de respuesta y resolución de incidencias, reclamaciones, agradecimientos o sugerencias recibidas en la Unidad de Calidad.
65	8.1	Docentes externos en materia de calidad.	Se miden las actividades de profesionales externos a la Organización que desarrollan formación sobre calidad y sus dimensiones en el centro.
66	8.2	Participación externa.	Se mide la participación anual de la Unidad de Calidad en actividades de sociedades, asociaciones u otras instituciones de calidad locales, nacionales y/o Internacionales.
67	8.3	Presencia en los medios de comunicación.	Se miden anualmente las apariciones / menciones en medios de comunicación y/o redes sociales, relacionadas con las actividades propias de la Unidad de Calidad.
68	8.4	Colaboración con otras Unidades de Calidad.	Se miden los proyectos colaborativos anuales que realiza la Unidad de Calidad con Unidades de Calidad de otros centros o instituciones.
69	8.5	Publicaciones, ponencias y comunicaciones.	Se mide el número anual de comunicaciones o publicaciones de la Unidad de Calidad.
70	8.6	Premios y reconocimientos.	Se mide anualmente los premios y/o reconocimientos que la Unidad de Calidad ha otorgado a otras personas y/o instituciones, y/o que ha recibido, directa o indirectamente, de entidades externas a la Organización.
71	9.1	Unidad de Calidad: objetivos internos.	Se mide periódicamente el grado de cumplimiento de los objetivos internos planificados por la Unidad de Calidad.

N.º	Código del estándar	Temáticas	Estándares
72	9.2	Unidad de Calidad: efectividad de las acciones de mejora.	Se mide periódicamente la efectividad de las acciones de mejora realizadas.
73	9.3	Plan, Política o Estrategia de Calidad: objetivos.	Se mide periódicamente el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales planificados en el Plan, Política o Estrategia de Calidad de la Organización.
74	9.4	Plan, Política o Estrategia de Calidad: acciones de mejora.	Se miden periódicamente las acciones de mejora y la efectividad de las mismas realizadas en el "Plan, Política o Estrategia de Calidad Institucional".
75	9.5	Grupos y equipos asesores de trabajo (comisiones...): objetivos alcanzados.	Se miden periódicamente los resultados de los objetivos alcanzados por los grupos y equipos asesores de trabajo (comisiones...).
76	9.6	Grupos y equipos asesores de trabajo: acciones de mejora.	Se miden periódicamente las acciones de mejora y la efectividad de las mismas realizadas por los grupos y equipos asesores de trabajo.
77	9.7	Unidad de Calidad: actividades.	Se mide periódicamente las actividades realizadas por la Unidad de Calidad sobre demandas relacionadas con la calidad generadas desde la Organización.
78	9.8	Guías: actualización.	Se mide periódicamente el grado de actualización de las guías y de otros documentos estandarizados existentes en la Unidad de Calidad.
79	9.9	Guías: adhesión.	Se mide periódicamente el grado de cumplimiento / adherencia a las guías y a otros documentos estandarizados existentes en la Unidad de Calidad.
80	9.10	Incidentes y/o eventos adversos: análisis, acciones de mejora y su efectividad.	Se miden periódicamente los incidentes y/o eventos adversos analizados, la implementación de acciones de mejora y su efectividad.
81	9.11	Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS): análisis, acciones de mejora y su efectividad	Se miden periódicamente los resultados en relación a las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), la implementación de acciones de mejora y su efectividad.
82	9.12	Uso seguro del medicamento: análisis, acciones de mejora y efectividad	Se miden periódicamente los resultados en relación a la línea estratégica del uso del medicamento, la implementación de acciones de mejora y su efectividad.
83	9.13	Seguridad transfusional: análisis, acciones de mejora y efectividad	Se miden periódicamente los resultados en relación a la seguridad transfusional, la implementación de acciones de mejora y su efectividad.

N.º	Código del estándar	Temáticas	Estándares
84	9.14	Cirugía segura, y procedimientos invasivos y de riesgo: análisis, acciones de mejora y efectividad	Se miden periódicamente los resultados en relación a la cirugía segura y procedimientos invasivos y de riesgo, la implementación de acciones de mejora y su efectividad.
85	9.15	Seguridad en la gestión de cuidados: análisis, acciones de mejora y efectividad	Se miden periódicamente los resultados en relación a la seguridad en la gestión de cuidados, la implementación de acciones de mejora y su efectividad.
86	9.16	Auditorías, autorizaciones, certificaciones y acreditaciones en materia de calidad	Se miden periódicamente el grado de participación de la Unidad de Calidad en los procesos / actividades de auditoría, autorización, acreditación y/o certificación en materia de calidad de la Organización.
87	9.17	Difusión de los resultados en materia de calidad	Se miden periódicamente el grado de difusión interna o externa de los resultados de calidad.
88	9.18	Formación en calidad	Se mide periódicamente la formación realizada, impartida y recibida, por los profesionales de la Unidad de Calidad en calidad, mayoritariamente en seguridad de pacientes.

Códigos de los estándares: 1: Liderazgo; 2: Estrategia; 3: Personas; 4: Alianzas y Recursos; 5: Procesos, productos y servicios; 6: Resultados en los clientes; 7: Resultados en las personas; 8: Resultados en la sociedad; 9: Resultados clave.

12. Glosario.



Se detalla un glosario resumido de los principales conceptos utilizados en este estudio de investigación, basado en distintas fuentes^{165 423 424 425}.

- **Accesibilidad.** La posibilidad que tienen los ciudadanos de recibir los servicios en función de su estado de salud, momento y lugar en que se necesiten, en cantidad suficiente y a un coste razonable (igualdad en la distribución de los servicios sanitarios).
- **Acreditación.** Proceso, en general voluntario e incentivador, por el que un centro sanitario se incorpora a una verificación externa (órgano evaluador externo) de un equipo de calidad ya en funcionamiento y autorizado, para evaluar el grado que alcanzan un conjunto de estándares previamente establecidos, resultando un dictamen de certificación de la acreditación.
- **Adherencia.** Nivel de implementación y cumplimiento de los criterios, estándares y/o recomendaciones de una guía en los procesos y actividades aplicadas diariamente, por parte de los profesionales.
- **Aliados.** Son personas o grupos con los que la organización tiene establecido algún tipo de alianza: proveedores, otras instituciones u otros.
- **Ámbito asistencial o área de atención.** Se definen diversos tipos de atención: primaria, hospitalaria, sociosanitaria, y salud mental.
- **Análisis de causa raíz (ACA).** Proceso de identificación de los factores causales o básicos que contribuyeron a la aparición de acontecimientos adversos o incidentes. El análisis incluye la identificación de las causas y factores que contribuyen al sistema, la determinación de las estrategias de reducción de riesgos, y el desarrollo de un plan de actuación y de estrategias de medida para evaluar la eficacia de dicho plan.
- **Análisis modal de fallos y efectos (AMFE).** Método de evaluación proactivo y prospectivo para identificar y prevenir problemas en los procesos o productos antes de que se produzcan.
- **Áreas relevantes.** Aquellas que realizan los procesos clave del equipo o del centro.
- **Auditoría.** Cuando organización es examinada por unos evaluadores sin relación con el equipo evaluado, para comprobar si se ajustan o no, a la ley, a determinados estándares de calidad o a la normativa interna de la organización. No tiene carácter oficial u obligatorio, ni está sometida necesariamente a ninguna legislación.
- **Autoevaluación.** Evaluación que realizan los propios equipos de calidad de los centros solicitantes de la acreditación, sin otra participación externa, utilizando un manual de acreditación y una base de datos como herramienta, por el cual evalúan los estándares y aportan evidencias de su cumplimiento.
- **Autorización.** Verificar que se cumplen los criterios mínimos que exige la normativa y/o legislación correspondiente antes de conceder el permiso oficial para empezar una actividad determinada.

-
- **Benchmarking.** Aquella actividad, proceso continuo o estudio que compara y mide los propios procesos, productos, servicios y prácticas, respecto la mejor actividad similar reconocida como líder en el mismo sector, de tal manera que se establezcan nuevos objetivos y actividades para mejorar el propio desempeño.
 - **Buenas prácticas.** Actividades que alcanzan resultados destacados, que se obtienen mayoritariamente a través del *benchmarking* y la formación externa.
 - **Calidad Total o Excelencia.** Establece una estrategia de gestión organizacional para satisfacer las expectativas y las necesidades de todos sus grupos de interés (profesionales, proveedores, sociedad), utilizando el Ciclo de Mejora Continua de la calidad (PDCA), y se rige por los principios de la Calidad Total.
 - **Cartera de servicios.** Conjunto de procesos, servicios y/o actividades que ofrecen una organización o un equipo.
 - **Ciclo PDCA.** Ver "Esquema lógico de mejora continua".
 - **Cliente.** Aquella persona que recibe el producto, la actividad o los servicios de un equipo de profesionales.
 - **Cliente externo.** Aquella persona, usuario, paciente o ciudadano que recibe, directa o indirectamente, el producto, la actividad o los servicios que ofrece un equipo de profesionales.
 - **Cliente interno / profesional.** Aquella persona que trabaja o tiene algún tipo de compromiso con la institución, y que reciben el producto, la actividad o los servicios que ofrece un equipo de profesionales.
 - **Comparación o proceso comparativo.** Actividad por la que se comparan los servicios y las prácticas de la organización a lo largo del tiempo consigo misma (comparación interna) o con organizaciones del mismo sector o de otros que han obtenido los mejores resultados (comparación externa; ver benchmarking).
 - **Competencia.** Capacidad o aptitud de un profesional para desarrollar un trabajo o una función en una organización.
 - **Continuidad asistencial.** Coordinación de la asistencia realizada en un usuario o paciente a lo largo del tiempo y entre los diferentes profesionales, servicios, centros sanitarios y niveles de atención.
 - **Conocimiento.** Es todo aquel contenido intelectual y capacidades, que facilita la realización de actividades. Ver "Gestión del conocimiento".
 - **Cultura organizativa o de una institución.** Aquel conjunto de normas compartidas por los profesionales de un equipo o centro, para interactuar entre ellos y sus grupos de interés.
 - **Dimensiones de la calidad.** Son aquellos elementos, factores, componentes o atributos de la calidad que pueden ser medidos, y que los grupos de interés tienen en cuenta cuando evalúan la calidad de un proceso, producto o servicio.
 - **Dimensiones de la calidad: tipos.** Las que se citan más frecuentemente son, entre otras: eficiencia, adecuación, efectividad, calidad científico-técnica (evidencia científica, competencia y desempeño profesional), seguridad asistencial de pacientes (clínica y física) y no asistencial (personas, estructuras y datos), satisfacción, continuidad asistencial, aceptabilidad o accesibilidad.

-
- **Dimensiones de la calidad: principales agrupadas.** Se describen: la eficiencia, la seguridad clínica, y la experiencia del paciente / satisfacción.
 - **Dirección ejecutiva.** Dependiendo del órgano de gobierno, máximo órgano de dirección del centro; habitualmente, dirección general, gerencia, o equipo directivo, entre otras denominaciones.
 - **Enfoque.** Orientación determinada de procesos o acciones o políticas. También, es una de las fases del ciclo REDER del EFQM.
 - **Esquema lógico de mejora continua.** Se basa en el ciclo PDCA en inglés (Plan= Planificar; Do= Hacer; Check= Revisar y Adjust= Ajustar). Cuando se busca obtener algo, lo primero que hay que hacer es planificar cómo conseguirlo, después de proceder con las acciones planificadas (hacer), a continuación se comprueba su resultado (verificar) y, finalmente, se implementan los cambios pertinentes para no volver a incurrir en los mismos errores (actuar).
 - **Estándar.** Criterio o condición medible y con un rango aceptable alcanzado mínimo y máximo, que deben cumplir una determinada actividad, actuación, producto, programa, servicio o proceso para ser considerado de calidad.
 - **Estrategia.** Objetivos generales de una organización para alcanzar la Misión y Visión.
 - **Evaluar.** Comprobar la realización de un proceso o actividades determinadas mediante indicadores y estándares, con la emisión de resultados periódicos. Más relacionado con los estándares de los "Agentes facilitadores".
 - **Evaluación / auditoría externa.** Aquella que realiza un equipo experto en calidad, externo al centro o equipo y sin relación con el mismo, que evalúa los mismos estándares con los que el centro se autoevaluó, y comprueba las evidencias aportadas.
 - **Evaluación / auditoría interna.** Aquella que realiza otro equipo de la misma organización, pero que no pertenece a la Unidad de Calidad.
 - **Eventos adversos.** Daño inesperado relacionado con la asistencia sanitaria no asociada a la enfermedad del paciente, debido al tratamiento con fármacos o asociado a otras circunstancias. Pueden ser leves, moderados o graves.
 - **Excelencia.** Ver Calidad Total.
 - **Gestión del conocimiento.** Todas aquellas actividades relacionadas con el conocimiento teórico y/o práctico de un tema. Incluye, entre otros, aspectos como la formación, la docencia, la investigación y la innovación.
 - **Grupos de interés o Partes interesadas.** Son aquellas personas, grupos, colectivos u organizaciones que se ven afectadas directa o indirectamente por el desarrollo de las actividades o decisiones del centro y, por lo tanto, también tienen la capacidad de afectar al desarrollo de la organización. Esta definición incluye, además de personas y/o grupos internos de la organización, también a externos a ella y con diferentes grados de relación.
 - **Grupos de interés o Partes interesadas:** tipos. A destacar, entre otros: clientes externos (usuarios, pacientes, ciudadanos), clientes internos (profesionales), proveedores de productos o servicios, instituciones políticas locales, nacionales o internacionales, otras instituciones sanitarias o sociedades científicas.

-
- **Grupos y equipos asesores de trabajo.** Grupos interdisciplinarios que actúan como asesores científico-técnicos de la institución, en los procesos de su competencia, y que facilitan la participación e interrelación de los profesionales de diferentes ámbitos, con una denominación, competencias, composición, procedimientos y objetivos fijados por cada organización.
 - **Grupos y equipos asesores de trabajo: tipos.** Comisiones, comités, grupos de trabajo, grupos de mejora o “*task force*”.
 - **Guías.** Son documentos que orientan, recomiendan y sistematizan procesos asistenciales, patologías (enfermedades o síndromes), o de gestión (no asistenciales).
 - **Guías: tipos.** Guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos, vías clínicas, procedimientos normalizados de trabajo, circuitos, normativas o directrices, programas estratégicos funcionales, planes estratégicos, o programas asistenciales integrados.
 - **Innovación.** Creación de nuevas ideas, productos, servicios, procesos o sistemas.
 - **Líderes.** Profesionales que dirigen las actividades de una organización.
 - **Líneas estratégicas de "Seguridad de Pacientes".** Las constituidas, por ejemplo, por: a) el programa de higiene de manos, b) el listado de verificación de seguridad en la cirugía, c) promover la identificación inequívoca del paciente, d) el uso seguro del medicamento, e) el diseño y desarrollo de estrategias para la gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes, f) la prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, g) la prevención de caídas y lesiones asociadas, h) la prevención de úlceras por presión, i) la seguridad en la contención física de los pacientes, j) la prevención de la malnutrición y deshidratación en pacientes ancianos, k) la prevención de la broncoaspiración) la prevención y control del dolor en el adulto y en el niño, m) promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos, entre otras.
 - **Medir.** Emitir resultados periódicos con indicadores y estándares. Más relacionado con estándares de "Resultados".
 - **Mejora continua.** Lograr niveles óptimos de rendimiento progresivamente.
 - **Metaplan.** Método estructurado para agrupar ideas y opiniones, a modo de *brainstorming* que incluye una reflexión individual, la plasmación de las ideas surgidas de cada participante en tarjetas (una idea por tarjeta), la categorización de las mismas en un panel, el debate y el consenso.
 - **Misión.** Objetivo principal o razón de ser de la organización.
 - **Organización.** Estructura y equipo profesional que representa al conjunto del centro sanitario.
 - **Órgano de gobierno.** La representación autorizada de la propiedad del centro sanitario.
 - **Partes interesadas:** Ver “Grupos de interés”.
 - **Personas.** Empleados de una empresa. Ver “Profesionales”.

-
- **Estudio piloto de los estándares.** Tipo de estudio prospectivo para llevar a cabo un análisis preliminar de un proyecto, antes de iniciar su implementación definitiva final, a modo de experimento para detectar errores o problemas de validez, y que permita analizar y reestructurar el redactado de los estándares.
 - **Plan Estratégico.** Documento de planificación y gestión global de la organización, generalmente a largo plazo, entre 3 a 5 años, que le permite establecer las prioridades en su acción.
 - **Plan, Política o Estrategia de Formación.** Documento de planificación y gestión global de la organización en lo que concierne a la formación, con una vigencia aproximada entre 2 a 3 años.
 - **Plan, Política o Estrategia de Calidad.** Documento de planificación y gestión global de la organización en lo que concierne a la calidad y al impulso de mejora continua hacia la excelencia, con una vigencia aproximada entre 3 a 5 años.
 - **Proceso.** Es toda secuencia de actividades asociadas que añaden un valor a un producto o servicio para un cliente.
 - **Proceso clave.** Actividad que se relaciona directamente con la misión del equipo y que tienen un mayor impacto sobre la satisfacción de los clientes y los resultados de la organización.
 - **Profesionales.** Empleados de una empresa. Ver “Personas”. Ver “Cliente interno”.
 - **REDER.** Instrumento para evaluar el desempeño de una organización. Se incluye en el EFQM.
 - **Responsabilidad social.** Actividades voluntarias realizadas por las empresas para promover la sostenibilidad económica, social y ambiental.
 - **Seguridad asistencial (de los pacientes).** Reducir el riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (efectos adversos en pacientes o infecciones).
 - **Seguridad no asistencial (otros ámbitos no relacionados con pacientes).** Reducir el riesgo de daño innecesario asociado a la atención no sanitaria hasta un mínimo aceptable (datos, infraestructuras...).
 - **Sistemas de información, tecnología y comunicación.** Un sistema constituido por personas, datos, actividades que procesan la información de una organización, utilizando sistemas informáticos.
 - **Unidad Funcional.** Equipo de profesionales, asistenciales o no, del centro que desarrollan los procesos clave (atención primaria, urgente, hospitalaria, sociosanitaria...).
 - **Unidad de Calidad.** Equipo de profesionales constituido formalmente en un centro, con una estructura estable en el tiempo y descrito en un organigrama jerárquico, liderado por un responsable del mismo, que se encarga de asesorar a la organización y/o trabajar en los procesos relacionados con la calidad asistencial del centro en cualquiera de sus dimensiones, con una dedicación a ellas superior al 50% de su tiempo de trabajo. Pueden estar estructurados formalmente como una dirección, un servicio, una unidad, un área u otro dispositivo.



13. Bibliografía.

¹ OMS. Salud y derechos humanos. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2017 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

² Oficina de planificación sanitaria y calidad. Proceso de acreditación de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2006 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario/M anual Acreditacion Centros Servicios Unidades.pdf>.

³ Diccionario de la Real Academia Española [Internet]. Madrid: Diccionario de la Real Academia Española; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>.

⁴ WHO Working Group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care.1989;1(2-3):79-95. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/1.2-3.79>.

⁵ Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Management. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

⁶ Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA.1988 Sep 23-30;260(12):1743-8. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/>

⁷ The Joint Commission. Top performer on key quality measures. 2015 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/about-us/>.

⁸ Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1. Lohr KN, editor. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144047/>.

⁹ Martín J. ¿Cómo medir tu servicio con Servqual? 2018 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.cerem.es/blog/como-medir-tu-servicio-con-servqual>.

¹⁰ Cabadas Avi6n R. La calidad asistencial: ¿de qué estamos hablando? CIR MAY AMB. 2015; 20 (2):79-82 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/07_20_1_FC_Cabadas.pdf.

¹¹ San Norbeto, EM; García Sáiz, I; Vaquero, C. Mejora de la calidad asistencial II. Gestión del cambio. Rev. esp. investig. Quir.2017; 20(1):19-25 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-161614>.

¹² Aranaz Andrés JM, Aibar Rem6n C, Mira Solves JJ, Vitaller Burillo J. La gesti6n sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes [Internet]. 2ª Ed. Madrid: Fundaci6n MAPFRE; 2017. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en:

https://app.mapfre.com/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1101694.

¹³ Seelbach CL, Brannan GD. Quality Management. [Updated 2021 Mar 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557505/>.

¹⁴ Cai T, Verze P, Bjerklund Johansen TE. The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro.* 2021; 1(1):14-22 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/uro1010003>.

¹⁵ Leitão J, Pereira D, Gonçalves Â. Quality of Work Life and Contribution to Productivity: Assessing the Moderator Effects of Burnout Syndrome. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021; 18(5):2425 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052425>.

¹⁶ Baicker K, Chandra A. Challenges in Understanding Differences in Health Care Spending Between the United States and Other High-Income Countries. *JAMA.* 2018;319(10):986–987 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1152>.

¹⁷ Busse R, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe. Chapter 1: An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems [Internet]. Copenhagen: Publications, WHO Regional Office for Europe;2019;1:7-10 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1#page=30>.

¹⁸ Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The Identification and Measurement of Quality Dimensions in Health Care: Focus Group Interview Results, *Health Care Management Review.*1998;23(4):81-96 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://journals.lww.com/hcmrjournal/Abstract/1998/10000/The_Identification_and_Measurement_of_Quality.7.aspx.

¹⁹ Fatima I, Humayun A, Iqbal U, Shafiq M. Dimensions of service quality in healthcare: a systematic review of literature. *International journal for quality in health care: Journal of the International Society for Quality in Health Care.* 2019; 31(1):11-29 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy125>.

²⁰ Negre Nogueras P. Fundamentos de la calidad asistencial. 2ª ed. Barcelona: Ediciones COMTEC QUALITY; 2015 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://comtecquality.com/pdfs/la-gestion-de-la-calidad-en-los-servicios-asistenciales-fundamentos-de-la-calidad-asistencial.pdf>.

²¹ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>.

²² Bond AF, Retief B, Cave M, Fundingsland PN, Duinker R, Verheem AL, et al. A contribution to the conceptualisation of quality in impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*.2018;68:49-58 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eiar.2017.10.006>.

²³ Aranaz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calid Asist*.2011;26(6):331-2 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [https://www.academia.edu/2081404/Seguridad del paciente y calidad asistencial?auto=citations&from=cover_page](https://www.academia.edu/2081404/Seguridad_del_paciente_y_calidad_asistencial?auto=citations&from=cover_page).

²⁴ Yélamos C, Sanz A, Marín R, Martínez-Ríos C. Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico. *Psicooncología*.2018;15(1):153-164 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/154400503.pdf>.

²⁵ The Beryl. Institute [Internet]. Defining Patient Experience [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.theberylinstitute.org/page/DefiningPatientExp>.

²⁶ Glance LG, Maddox KJ, Johnson KM, Nerenz D, Cella D, Borah B, et al. National Quality Forum Guidelines for Evaluating the Scientific Acceptability of Risk-adjusted Clinical Outcome Measures. A Report From the National Quality Forum Scientific Methods Panel. *Annals of Surgery*. 2020; 271(6):1048-1055 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003592>.

²⁷ Vargas González V, Valecillos J, Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*.2013;19 (4):663- 71 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/280/28029474005.pdf>.

²⁸ DianaSalud [Internet]. Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://www.dianasalud.com/index.php/quienes_somos.

²⁹ Zaadoud B, Chbab Y, Chaouch A. The Performance Measurement Frameworks in Healthcare: Scopus Study. *Journal of Health Management*.2021;23(2):275-293 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/09720634211011694>.

³⁰ Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review *BMJ* 2003; 327 :1219 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/327/7425/1219.short>.

³¹ Kruse FM, Stadhouders N, Adang EMM, Groenewoud S, Jeurissen PPT. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *Int J Health Plann Mgmt*.2018;33(2):434-453 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hpm.2502>.

³² Zeithaml VA, Berry LL, Parasuraman A. The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1993;21(1):1-12 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0092070393211001>.

³³ Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of services quality. *Journal of Retailing*.1988;64(1):12-40 [consultado 2 Nov 2021].

Disponible en: <http://healthpartners.chistjosephhealth.org/wp-content/uploads/2018/09/Parasuraman-et-al-Journal-of-Retailing-1988-2.pdf>.

³⁴ Ng JHY, Luk BHK. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Educ Couns.* 2019;102(4):790-796 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>.

³⁵ Kumah E. Patient experience and satisfaction with a healthcare system: connecting the dots. *International Journal of Healthcare Management.* 2019;12(3);173-9 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1353776>.

³⁶ Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, Petitti T, Matarese M, Oliveti A, et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020;101:103396 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103396>.

³⁷ Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *Western Journal of Nursing Research.* 2019;41(2):279-304 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0193945917747416>.

³⁸ World Health Organization. Patient safety: making health care safer. Geneva: World Health Organization; 2017 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>.

³⁹ Li J, Burson RC, Clapp JT, Fleisher LA. Centers of excellence: Are there standards? *Healthcare.* 2020;8(1): 100388 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2019.100388>.

⁴⁰ American Society for Quality. Quality Resources. Learn About Standards. What are quality standards? Milwaukee: American Society for Quality; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://asq.org/quality-resources/learn-about-standards>.

⁴¹ Mira JJ, Gómez JM. Criterio, Indicador y Estándar [Internet]. Elche: Universitat. Universidad Miguel Hernández de Elche [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://navarrof.orgfree.com/Docencia/Calidad/UT7/criterio.pdf>.

⁴² Liger Lasa JA. Dos métodos de evaluación: criterios y teoría del programa. Madrid: CEU Ediciones; 2011 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/4157/1/dos_liger_2011.pdf.

⁴³ López-Andújar Aguiriano L, Fernández-Valderrama Benavides J, Tejedor Fernández M, Millán Soria J, Preciado Barahona MJ, Benito Fernández J, et al. Criterios de acreditación de servicios de urgencias de hospitales [Internet]. 4ª ed. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2019 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/11/CRITERIOS-ACREDITACION-SEMES-v6-2019.pdf>.

-
- ⁴⁴ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.*2005;83(4):691-729 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>.
- ⁴⁵ Christensen LB, Johnson B, Turner LA. *Research methods, design, and analysis*. New Jersey (USA): Pearson Education, Inc; 20ª edición. 2011 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.pearsonhighered.com/assets/preface/0/2/0/5/0205944566.pdf>.
- ⁴⁶ Hernández Sampieri R. *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill; 6ª edición. 2014 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.
- ⁴⁷ Almasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Research in Social and Administrative Pharmacy.*2019;15(2):214-21 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741118302687>.
- ⁴⁸ Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, Westerman MJ, Patricio DL, Alonso J, et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Qual Life Res.*2018;27:1159–1170 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>.
- ⁴⁹ Tavakol M, Wetzel A. Factor Analysis: a means for theory and instrument development in support of construct validity. *International journal of medical education.*2020;11:245–7 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.5116/ijme.5f96.0f4a>.
- ⁵⁰ Sürücü L, Maslakçı A. Validity and reliability in quantitative research. *Business & Management Studies: An International Journal.*2020;8(3):2694-2726 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.bmij.org/index.php/1/article/view/1540>.
- ⁵¹ Domínguez LC. Instrumentos para la evaluación del clima de aprendizaje en residencias médicas: síntesis de la evidencia a la luz de las definiciones psicométricas. *Educación Médica.*2018; 19 Sup 3: 335-49 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300123>.
- ⁵² Gul S, Sozbulir M. Thematic content analysis of scale development studies published in the field of science and mathematics education. *Education and Science.*2015;40(178): 85-102 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15390/EB.2015.4070>.
- ⁵³ Brink Y, Louw QA. Clinical instruments: reliability and validity critical appraisal. *J Eval Clin Pract.* 2012;18(6):1126-32 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01707.x>.
- ⁵⁴ Nueva ISO 9001:2015. *Calidad total: definición y conceptos fundamentales* [Internet]. Santiago de Chile: Nuevas Normas ISO. Escuela Europea de Excelencia; 2019 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2019/11/calidad-total-definicion-y-conceptos-fundamentales/>.
- ⁵⁵ Grossu D, Kalçis H. Performance measurement tools for total quality management in application to healthcare environment: a qualitative systematic review. *Journal of Economics*

and Management Research.2019;82. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/handle/7/50042/JEMR_8_2019.pdf#page=83.

⁵⁶ Gregori D, Napolitano G, Scarinzi C, Semeraro A, Rosato R, Pagano E, et al. Knowledge, practice and faith on Total Quality Management principles among workers in the Health Care System: Evidence from an Italian investigation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.2009;15:69-75. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.00956.x>.

⁵⁷ Perryer S [Internet]. The 8 universal principles of quality management. London: Perkbox; 2018 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.perkbox.com/uk/resources/blog/8-universal-principles-of-quality-management>.

⁵⁸ ISO.org [Internet]. Quality management principles. Geneva: iso.org; 2015 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100080.pdf>.

⁵⁹ Gabarró Sust J [Internet]. Principios de gestión de la calidad. Sistema Integrado de Gestión. 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://iso.cat/es/principios-de-gestion-de-la-calidad>.

⁶⁰ Club Excelencia en Gestión [Internet]. Modelo EFQM (versión 2020). Preguntas frecuentes. Madrid: Club Excelencia en Gestión; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://clubexcelencia.org/system/files/migrated/knowledge/documents/files/nuevo_modelo_efqm_2020_faqs_v5.pdf.

⁶¹ Ignacio García EF [Internet]. Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales. Tesis doctoral, 2007 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10498/15663>.

⁶² Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial (FADA) [Internet]. Acreditación JCI. Programas de acreditación. Barcelona: Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial (FADA); 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://acreditacionfada.org/index.php?page=programas-acreditacion>.

⁶³ Negre Nogueras P, López Sánchez JM. Gestión de la calidad en los servicios asistenciales: Mejora continua e indicadores de gestión asistencial. 2ª ed. Barcelona: Ediciones COMTEC QUALITY; 2015 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://comtecquality.com/pdfs/la-gestion-de-la-calidad-en-los-servicios-asistenciales-mejora-continua-e-indicadores-de-gestion-asistencial.pdf>.

⁶⁴ NHS England and NHS Improvement [Internet]. Quality, Service Improvement and Redesign Tools: Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/03/qsir-plan-do-study-act.pdf>.

⁶⁵ Baum NW. Edwards Deming on Management: Application to Modern Healthcare. *The Journal of Medical Practice Management:MPM*.2019;34(4):211-212 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en:

<https://www.proquest.com/openview/47c63d26e5ccc6ac5791cfa11c90ecd0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=32264>.

⁶⁶ Club Excelencia en Gestión [Internet]. Modelo EFQM: La búsqueda de la mejora continua y sostenible. Madrid: Executive Excellence.2015;121 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://www.eexcellence.es/index.php/expertos-en-gestion/modelo-efqm-la-busqueda-de-la-mejora-continua-y-sostenible>.

⁶⁷ Ministerio de Fomento [Internet]. Anexo VI.A. Instrumentos para la evaluación de la excelencia. En: En búsqueda de la excelencia empresarial. Madrid. Ministerio de Fomento; 2005. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.fomento.gob.es/nr/rdonlyres/da5481e6-03c1-490f-9d34-28ca8f99ff20/19355/via1.pdf>.

⁶⁸ EFQM.es [intranet]. Modelo EFQM. Excelencia y Calidad en la Gestión Empresarial. Madrid: EFQM.es; 2016 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://www.efqm.es/EFQM/>.

⁶⁹ Joint Commission International [Internet]. JCI Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition; Illinois; Joint Commission International; 2020 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-7th-edition/?_ga=2.103155075.2002774173.1630953699-1267108939.1630953699.

⁷⁰ Joint Commission International [Internet]. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International (Spanish). Illinois: Joint Commission Resources; 2014 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://adeci.org.ar/archivos/Manual JCI - 5ta Edici%C3%B3n.pdf>.

⁷¹ Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR). UNE-EN ISO 9001. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Madrid: Ediciones AENOR;2015 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://tienda.aenor.com/norma-une-en-iso-9001-2015-n0055469>.

⁷² Bercaw, R. Taking Improvement from the Assembly Line to Healthcare: The Application of Lean within the Healthcare Industry. 2ª ed. Boca Raton FL (USA): Productivity Press Book; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781003034322/taking-improvement-assembly-line-healthcare-ronald-bercaw>.

⁷³ Zepeda-Lugo C, Tlapa D, Baez-Lopez Y, Limon-Romero J, Ontiveros S, Perez-Sanchez A, et al. Assessing the Impact of Lean Healthcare on Inpatient Care: A Systematic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health.2020;17(15):5609 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155609>.

⁷⁴ Cohen RI. Lean Methodology in Health Care. Chest. 2018;154:1448–1454 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(18\)30917-6/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(18)30917-6/fulltext).

⁷⁵ Westwood N, James-Moore M, Cooke M [Internet]. Going Lean in the NHS; 2007 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Going-Lean-in-the-NHS.pdf>.

⁷⁶ Weaver A, Greeno CG, Goughler DH, Yarzebinski K, Zimmerman T, Anderson C. The impact of system level factors on treatment timeliness: utilizing the Toyota Production System to

implement direct intake scheduling in a semi-rural community mental health clinic. *J Behav Health Serv Res.*2013;40(3):294-305. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9331-5>.

⁷⁷ Shortell SM, Blodgett JC, Rundall TG, Kralovec P. Use of Lean and Related Transformational Performance Improvement Systems in Hospitals in the United States: Results From a National Survey, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.*2018; 44(10): 574-82 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.03.002>.

⁷⁸ Fontcuberta-Adalid C. Gestión de la calidad en los servicios asistenciales. *Lean Healthcare.* 1ª ed. Barcelona: Ediciones COMTEC QUALITY; 2015 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://comtecquality.com/pdfs/la-gestion-de-la-calidad-en-los-servicios-asistenciales-lean-healthcare.pdf>.

⁷⁹ Think productivity [Internet]. Herramienta LEAN. Informe A3; 2017 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://think-productivity.com/resolucion-problemas-construccion/>.

⁸⁰ Sardà Raventós M, Pareja Rossell C. Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña. Documento de estándares. 3a ed. Barcelona: Ediciones Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitaria. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud; 2020 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_serveis/Acreditacio-de-centres-sanitaris/Concepte-historia/documentacio/Acreditacion-de-centros-de-atencion-hospitalaria-aguda-en-Cataluna-castella.pdf.

⁸¹ Guerrero V [Internet]. ¿Qué es six sigma? Bogotá: Lean solutions; 2019 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://leansolutions.co/que-es-six-sigma>.

⁸² Montes Luna MF [Internet]. ¿En qué consiste la metodología DMAIC? Club responsables de gestión de calidad; 2017 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://clubresponsablesdecalidad.com/en-que-consiste-la-metodologia-dmaic/>.

⁸³ Davins Miralles J. Comparativa de tres modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO. *FMC.* 2007;14(6):304-8. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://projectes.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/GrupsT treball/Docs/qualitat/CERTIFICACIONACRE DITACION304308.pdf>.

⁸⁴ Negre Nogueras P, López Sánchez JM, Márquez Boada M. Gestión de la calidad en los servicios asistenciales: Modelos de certificación y acreditación para centros asistenciales. 2ª ed. Barcelona: Ediciones COMTEC QUALITY; 2015 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://comtecquality.com/pdfs/la-gestion-de-la-calidad-en-los-servicios-asistenciales-modelos-de-certificacion-y-acreditacion-para-centros-asistenciales.pdf>.

⁸⁵ Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) [Internet]. ¿Acreditación o certificación ISO 9001? ¿Qué diferencias hay entre acreditación y certificación ISO 9001?. Madrid; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.enac.es/web/enac/acreditacion-o-certificacion-9001?p_p_id=MensajeCookie_WAR_Gestionportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&MensajeCookie_WAR_Gestionportlet_javax.portlet.action=aceptarTodas.

⁸⁶ Cabo Salvador J. Modelos de gestión [Internet]. Centro de Estudios Financieros; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.gestion-sanitaria.com/3-modelos-gestion.html>.

⁸⁷ Saleh FS. Healthcare accreditation systems development from global to local (An International Narrative Review of Literature). International Journal for Quality Assurance.2021; 4(1):56-73 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://ijqa.zu.edu.jo/eng/images/stories/year2019/07/Volume_4-No_1/170_2_copy_copy.pdf.

⁸⁸ Shaw C, Groene O, Mora N, Sunol R. Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? Int J Qual Health Care.2010;22(6):445-51 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq054>.

⁸⁹ Saut AM, Tobal Berssaneti F, Moreno MC. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study. Int J Qual Health Care. 2017; 29(5);713–721 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx094>.

⁹⁰ Nicklin W, Fortune T, Van Ostenberg P, O'Connor E, McCauley N. Leveraging the full value and impact of accreditation. Int J Qual Health Care.2017;29(2):310–2 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx010>.

⁹¹ Sánchez MA, Rodríguez JLL, Freire RB, Colet JC, Leiro MGC, Vílchez FG, et al. Tipología y estándares de calidad de las unidades de insuficiencia cardiaca: consenso científico de la Sociedad Española de Cardiología. Revista Española de Cardiología.2016;69(10):940-950 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893216303050>.

⁹² Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) [Internet]. Certificación de unidades de aparato digestivo. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD);2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://sepd.es/estandares-calidad>.

⁹³ Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. Manual de estándares. Unidades de Gestión Clínica. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud;2017 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual-UGC.pdf>.

⁹⁴ Euskalit [Internet]. Modelo de Gestión Avanzada 2018. Zamudio: Euskalit; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.euskalit.net/archivos/201809/modelogestionavanzada_2018.pdf?0.

⁹⁵ Davins Miralles J. El modelo de acreditación del Departament de Salut de Catalunya: un modelo para atención primaria, Rehabilitación.2011; 45(Sup 1):72-80 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(11\)70012-3](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(11)70012-3).

⁹⁶ Clemente Ricote G, Pérez Lázaro JJ, Tejedor Fernández M, Arroyo Pérez V; Grupo de Estudio de Calidad en Hepatología de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. Sistema Español de Acreditación de Unidades de Hepatología. Una propuesta de la Asociación Española para el

Estudio del Hígado. *Gastroenterol Hepatol*.200730(10):612-7 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13112595>.

⁹⁷ Morera J. Manual de Acreditación de la Sociedad Española de Neurología para Consulta Monográfica de Trastornos del Movimiento (CM), Unidad de Trastornos del Movimiento (UTM) y Unidad de Trastornos del Movimiento Médico-Quirúrgica (UTM-MQ) [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Neurología (SEN). Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento (GETM) Comité ad-hoc de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas; 2020 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://getmcert.sen.es/images/doc/manual-acreditacion-sen.pdf>.

⁹⁸ De la Calle JL, Abejón D, Cid J, Pozo CD, Insausti J, López E. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.2010;17(2):114-133 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000200007.

⁹⁹ Sos FH, Hernández TC, López LP, Menéndez JL, Lucio CAM, Munguira JB, et al. Recomendaciones de la SECTCV para la cirugía cardiovascular. 2019 actualización de los estándares en organización, actividad profesional, calidad asistencial y formación en la especialidad. *Cirugía Cardiovascular*.2019;26(2):104-23 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-articulo-recomendaciones-sectcv-cirugia-cardiovascular-2019-S1134009618301979>.

¹⁰⁰ de la Portilla F, Builes S, García-Novoa A, Espín E, Kreisler E, Enríquez-Navascues JM, et al. Analysis of Quality Indicators for Colorectal Cancer Surgery in Units Accredited by the Spanish Association of Coloproctology. *Cir Esp*.2018;96(4):226-33 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-analisis-indicadores-calidad-cirugia-cancer-S0009739X18300630>.

¹⁰¹ Nolla JM, Martínez C, García-Vicuña R, Seoane-Mato D, Rosario Lozano MP, Alonso A, et al. Grupo de Trabajo del Proyecto EXTRELLA. Quality standards for rheumatology outpatient clinic. The EXTRELLA project. *Reumatol Clin*. 2016 Sep-Oct;12(5):248-55 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-estandares-calidad-asistencial-consultas-externas-articulo-S1699258X15001904?newsletter=true&code=EQufbLA59cYjDZJa4Hv3ndMS0iC6yG>.

¹⁰² Güell MR, Cejudo P, Rodríguez-Trigo G, Gàldiz JB, Casolive V, Regueiro M, et al. Estándares de calidad asistencial en rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar crónica. *Archivos de Bronconeumología*.2012;48(11):396-404 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2012.05.009>.

¹⁰³ Monedero P, Paz-Martín D, Cardona-Pereto J, Barturen F, Fernández-Quero L, Aguilera-Celorrio L, et al. Cuidados Intensivos de Anestesia: recomendaciones de la Sección de Cuidados Intensivos de la Sociedad Española de Anestesiología. *Rev Esp Anestesiol Reanim*.2017;64(5):282-5 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.sedar.es/images/images/site/SECCIONES/cuidados%20intensivos/pdf_4_Recomendaciones_REDAR_2107_seccion_CUIDADOS-INTENSIVOS-SEDAR.pdf.

¹⁰⁴ Hernández Borges E, Pérez Estévez A, Concha Torre O, Ordóñez Sáez AC, Sánchez Galindo V, Murga Herrera M, et al. Indicadores de calidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en España

(estudio QuaCIP). Rev Esp Pediatr 2016; 72(Supl. 1): 20-25 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2016/REP%2072-Supl%201.pdf#page=25>.

¹⁰⁵ Anguita Sánchez M, Lambert Rodríguez JL, Bover Freire R, Comín Colet J, Crespo Leiro MG, González Vilchez F, et al. Tipología y estándares de calidad de las unidades de insuficiencia cardiaca: consenso científico de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2016;69:940-50 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-tipologia-estandares-calidad-lasunidades-deinsuficiencia-articulo-S0300893216303050?redirect=true>.

¹⁰⁶ Saturno Hernandez Pedro J. La calidad de la estructura y proceso: Acreditación y autorización. Tema 9.7 [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500691/n9.7_Calidad_de_la_estructura.pdf.

¹⁰⁷ Ferrándiz Santos JA, Pardo Hernández A, Navarro Royo C, Moreno Maté E, Prados Roa F. Modelo EFQM en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud: ciclo completo de autoevaluación. J Healthc Qual Res. 2018;33(5):298-304 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.05.004>.

¹⁰⁸ Accreditation Canada Standards [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://accreditation.ca/standards/>.

¹⁰⁹ United Kindom Accreditation Service [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://www.ukas.com/>.

¹¹⁰ Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. Certificación y acreditación. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales/certificacion-y-acreditacion>.

¹¹¹ Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>.

¹¹² Unidades asistenciales: Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EEyRR_org.htm.

¹¹³ Expert Group on Health Systems Performance Assessment. So what? Strategies across Europe to assess quality of care [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf.

¹¹⁴ Agra-Varela Y, Fernández-Maíllo M, Rivera-Ariza S, Sáiz-Martínez-Acitores I, Casal-Gómez J, Palanca-Sánchez I, et al. Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad. Desarrollo y resultados preliminares en Europa y en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist.*2015;30(2):95-102 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.01.010>.

¹¹⁵ Ministerio de Sanidad [Internet]. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Resumen ejecutivo. Madrid: Ministerio de Sanidad;2019 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/ResumenEjecutivo_2019.pdf.

¹¹⁶ Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social [Internet]. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Comparaciones internacionales. España en el contexto de la UE28. Resumen ejecutivo. Madrid: Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social;2017 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/ResumenEjecutivo_2019.pdf.

¹¹⁷ Ministerio de Sanidad [Internet]. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad;2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>.

¹¹⁸ Club Excelencia en Gestión [Internet]. Sellos EFQM por comunidades autónomas. Madrid: Club Excelencia en Gestión; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://anuarioceg.clubexcelencia.org/sello-efqm/>.

¹¹⁹ Joint Commission International [Internet]. JCI-Accredited Organizations. Illinois: Joint Commission International; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accruited-organizations/#q=spain>.

¹²⁰ Euskalit [Internet]. Modelo de Gestión Avanzada 2015. Zamudio: Euskalit; 2015 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.euskalit.net/berdintasunbilatzailea/docs/ga_cas.pdf.

¹²¹ Departamento de Salud [Internet]. Estadísticas sanitarias. Barcelona: Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya;2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/.

¹²² Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña [Internet]. Informes. Central de resultados. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS);2018 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/.

¹²³ McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.*2003(348):2635-45 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa022615>.

¹²⁴ Wasserman J, Palmer RC, Gomez MM, Berzon R, Ibrahim SA, Ayanian JZ. Advancing Health Services Research to Eliminate Health Care Disparities". *American Journal of Public Health.*

2019;109(S1): S64-S69 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304922>.

¹²⁵ Vilas-Iglesias MS, Caamaño-Alegre J. A single-case research on the impact of spending cuts on the quality of care of a regional health service. *Anales Sis San Navarra*.2020;43(3):359-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272020000300007&lng=es.

¹²⁶ Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978;200(4344):856-64 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org.10.1126/science.417400>.

¹²⁷ Meyer GS, Massagli MP. The forgotten component of the quality triad: can we still learn something from "structure"? *Jt Comm J Qual Improv*. 2001;27(9):484-93 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1070-3241\(01\)27042-4](https://doi.org/10.1016/s1070-3241(01)27042-4).

¹²⁸ Glickman SW, Baggett KA, Krubert CG, Peterson ED, Schulman KA. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *Int J Qual Health Care*.2007;19(6):341-8 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm047>.

¹²⁹ Barrera Martín-Merás A. Unidad de Calidad [Internet]. Cáceres: Área de Salud de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.areasaludcaceres.es/organigrama/servicios/15-unidades-de-area/215-unidad-de-calidad.html>.

¹³⁰ Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Buil JA. Concepto y modelos de calidad. *Hacia una definición de calidad asistencial*. *Papeles del Psicólogo*.1999;74 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1074>.

¹³¹ Donabedian A. Efectividad de la Garantía de Calidad. *Rev Calidad Asistencial*.2001;16:5130-5135 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-2parte.pdf>.

¹³² Departament de Salut de la Marina Baixa [Internet]. Unidad de Calidad: cartera de servicios. Alicante: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat valenciana; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://marinabaixa.san.gva.es/unidad-de-calidad>.

¹³³ Sociedad Española de Calidad Asistencial [Internet]. La cartera de servicios de la unidad de calidad de un hospital. Madrid: 2ª reunión de Coordinadores de Calidad de Hospitales;2009 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://docplayer.es/24724516-2a-reunion-de-coordinadores-de-calidad-de-hospitales-la-cartera-de-servicios-de-la-unidad-de-calidad-de-un-hospital.html>.

¹³⁴ Ayuso Murillo D, de Andres Gimeno B. Gestión de la calidad de cuidados de enfermería. 1ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos;2018; p. 95-117 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.agapea.com/Diego-Ayuso-Murillo/Gestion-de-la-calidad-de-cuidados-de-enfermeria-9788499698830-i.htm>.

¹³⁵ Bermúdez Tamayo C, Olry de Labry Lima A, García Mochónac L. Identificación de indicadores de buenas prácticas en gestión clínica y sanitaria. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2018; 33:109-118 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.CALI.2017.12.008>.

¹³⁶ Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2019 [Internet]. Memoria de gestión. Castellón: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2020 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en http://www.san.gva.es/documents/157385/8958678/Memoria_2019_imprimir_es.

¹³⁷ Prieto-Velasco M, del Pino y Pino MD, Buades Fuster JM, Craver L, Pons Prades R, Ruiz San Millán JC, et al. Unidades de Enfermedad Renal Crónica Avanzada en España: una encuesta nacional sobre los estándares de estructura, recursos, resultados y seguridad del paciente *Nefrología*. 2020; 40(6): 608-622 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2020.06.006>.

¹³⁸ Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. Unidades de Gestión Clínica. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/manuales/unidades-de-gestion-clinica/>.

¹³⁹ Sociedad Española de Calidad Asistencial [Internet] [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://calidadasistencial.es/>.

¹⁴⁰ Sociedad Española de Calidad Asistencial [Internet]. Líneas estratégicas 2016-2020. Sociedad Española de Calidad Asistencial [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2017/11/Lineas_estrategicas_2016_2020.pdf.

¹⁴¹ Reyes Alcázar V, Carrillo Murcia I, Mira Solves JJ; Grupo de expertos. Definición de indicadores para una atención centrada en el paciente diabético tipo II. Estudio de consenso. *J Healthc Qual Res*. 2021;S2603-6479(21)00053-1 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.05.004>.

¹⁴² Escobar-Pérez J, Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. 2008;6:27-36. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion.

¹⁴³ Scott G. Strategic Planning for High-Tech Product Development. *Technology Analysis & Strategic Management*. 2010;343-364 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09537320120088174>.

¹⁴⁴ Programa “E-encuesta” [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://www.e-encuesta.com/inicio/>

¹⁴⁵ Martínez-Sahuquillo Amuedo ME, Echevarría Ruiz De Vargas MC. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. «Método RAND/UCLA». *Rehabilitacion*

2001;35:388-92 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-metodos-consenso-uso-adecuado-evidencia-S0048712001732203>

¹⁴⁶ Belzunegui T, Busca P, López-Andújar L, Tejedor M. Calidad y acreditación de los servicios de urgencias. *Anales Sis San Navarra*.2010;33(Supl 1):123-130 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200014&lng=es.

¹⁴⁷ Frías-Navarro D. Recomendaciones para elaborar el informe de investigación. Título, resumen, palabras clave e introducción. Universidad de Valencia. España. Proyecto: Research design, analysis and writing of results. Valencia 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.17605/osf.io/kngtp>.

¹⁴⁸ Allard JP, Keller H, Gramlich L, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR. GLIM criteria has fair sensitivity and specificity for diagnosing malnutrition when using SGA as comparator. *Clinical Nutrition*.2020;39(9):2771-7 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.12.004>.

¹⁴⁹ Postuma RB, Poewe W, Litvan I, Lewis S, Lang AE, Halliday G, et al. Validation of the MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Movement Disorders*.2018;33(10):1601-8 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/mds.27362>.

¹⁵⁰ Gisbert JP, Bonfill X. ¿Cómo realizar, evaluar y utilizar revisiones sistemáticas y metaanálisis?. *Gastroenterología y hepatología*, 2004, 27.3: 129-149 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://webdelprofesor.ula.ve/odontologia/oscarula/introduccion-investigacion/metaanalisis1.pdf>.

¹⁵¹ Siemieniuk R, Guyatt G. What is GRADE. *BMJ J Best Practice*.2019;10 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://stg-bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade>.

¹⁵² Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*.2011;64(4):401-6 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>.

¹⁵³ Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation Sci*.2018;13(2) [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0688-3>.

¹⁵⁴ Hultcrantz M, Rind D, Akl EA, Treweek S, Mustafa RA, Iorio A, et al. The GRADE Working Group clarifies the construct of certainty of evidence. *Journal of clinical epidemiology*.2017;87:4-13 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.05.006>.

¹⁵⁵ Arregui Ayastuy G, Vallejo Alonso B, Villarreal Larrinaga O. Aplicación de la metodología Delphi para la previsión de la integración española en la unión económica y monetaria. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*.1996;2(2):13-37 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/187720.pdf>.

¹⁵⁶ Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*.1975;28:563-575 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Dr-Tulsi-Bhandari/post/Can_anybody_tell_me_the_difference_between_Content_Vaildity_Ratio_and_Content_Vaildity_Index/attachment/59d622bac49f478072e98fe4/AS%3A272118808285184%401441889587114/download/000+Lawshe_content_valdity.pdf

¹⁵⁷ Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*.2008;6(1):37-48 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://docplayer.es/37723395-Modificacion-al-modelo-de-lawshe-para-el-dictamen-cuantitativo-de-la-validez-de-contenido-de-un-instrumento-objetivo.html>.

¹⁵⁸ Penfield RD, Giacobbi Jr PR. Applying a score confidence interval to Aiken's item content-relevance index. *Measurement in physical education and exercise science*.2004; 8(4):213-25 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327841mpee0804_3.

¹⁵⁹ Viladrich C, Angulo-Brunet A, Doval E. A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Annals of Psychology*.2017;33(3):755-782 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282017000300034&lng=es&nrm=iso.

¹⁶⁰ Onwuegbuzie AJ, Levin JR, Ferron JM. A Binomial Test of Group Differences With Correlated Outcome Measures. *The Journal of Experimental Education*.2011;79:2:127-42 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00220970903352761>.

¹⁶¹ Microsoft. Funciones de Excel (por orden alfabético). [internet]. Washington: Microsoft; 2022 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://support.microsoft.com/es-es/office/funciones-de-excel-por-orden-alfab%C3%A9tico-b3944572-255d-4efb-bb96-c6d90033e188>.

¹⁶² Modelo EFQM de excelencia. Club Excelencia en Gestión. Madrid, 2012 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.ehu.es/documents/1904000/1915838/9+Modelo+EFQM+2013.+Comentarios.pdf/2f1798ca-fd39-4e0e-a772-a17146f6003a?t=1532094623000>

¹⁶³ Vallès Navarro R, Davins Miralles J, López Viñas MLI. Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña. Documento de estándares. Edita: Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias 1.ª edición: Barcelona, 2013. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1683/estandards_centres_2015_cas.pdf?sequence=6&isAllowed=y.

¹⁶⁴ Costa-Vilar N, Guzmán-Sebastián R, Tirvió-Gran C, Vidal-Dorissa I. Acreditació de centres d'atenció hospitalaria aguda a Catalunya: document d'estàndards. Barcelona: Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries; 2013. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1683/sistemica_avaluacio_estandards_centres_atencio_hospitalaria_aguda_2013.pdf?sequence=27&isAllowed=y.

¹⁶⁵ Grupo de Trabajo para el desarrollo de la Guía de Interpretación del Modelo EFQM de Excelencia 2013 para las Administraciones Públicas. Guía de Interpretación del Modelo EFQM

de Excelencia 2013 para las Administraciones Públicas. Editor: Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de Los Servicios - Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado – Ministerio de la Presidencia. 1ª edición, Madrid, 2013 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.mptfp.gob.es/dam/es/portal/funcionpublica/gobernanza-publica/calidad/Metodolog-as-y-Guias/EFQM_GUIA_DE_INTERPRETACION_EFQM_2013.pdf.pdf.

¹⁶⁶ Sull D, Sull C. With goals, FAST beats SMART. MIT Sloan Management Review.2018;59: 1-11. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.betterworks.com/wp-content/uploads/2021/02/MIT-Sloan-Management-Review-With-Goals-FAST-Beats-SMART.pdf>.

¹⁶⁷ Mainz J. Quality indicators: essential for quality improvement. Int J Qual Health Care 2004; 16 (Supl. 1): i1-i2 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://academic.oup.com/intqhc/article-pdf/16/suppl_1/i1/5087780/mzh036.pdf.

¹⁶⁸ Aranaz Andrés JM, Gea Velázquez de Castro MT, Limón Ramírez R. Las técnicas cuantitativas en palnificación sanitaria. En: Aranaz JM, Aibar C, Mira JJ, editores. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Fundación Mapfre – Ediciones Díaz de Santos; 2008. P.34-35 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=kjWBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=ca&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

¹⁶⁹ Tabrizi JS, Gharibi F. Primary healthcare accreditation standards: a systematic review. Int J Health Care Qual Assur. 2019 Mar 11;32(2):310-320 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2018-0052>.

¹⁷⁰ Nicklin W, Fortune T, van Ostenberg P, O'Connor E, McCauley N. Leveraging the full value and impact of accreditation. Int J Qual Health Care. 2017 Apr 1;29(2):310-312 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzx010>.

¹⁷¹ Bjerke MB, Renger R. Being smart about writing SMART objectives. Eval Program Plann.2017;61:125-127 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.12.009>.

¹⁷² Bobrovitz N, Parrilla JS, Santana M, Straus SE, Stelfox HT. A qualitative analysis of a consensus process to develop quality indicators of injury care. Implement Sci.2013;8 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-8-45>.

¹⁷³ Sociedad Española de Calidad Asistencial [Internet]. Indicadores de gestión de las Unidades de Calidad de hospitales. Valencia: 3ª reunión de Coordinadores de Calidad de Hospitales;2010 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://docplayer.es/188663337-3a-reunion-de-coordinadores-de-calidad-de-hospitales-presentacion.html>.

¹⁷⁴ Suárez Gutiérrez R, Díaz Vázquez CA. Calidad asistencial. Modelos de gestión de la calidad. Form Act Pediatr Aten Prim. 2010;3;25-30 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://gestionclinica.sespa.es/pdf/jornadas2012/t2_lectura1.pdf.

¹⁷⁵ Busse R, Panteli D, Quentin W. An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019 (Health Policy Series, No. 53 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549277/>.

¹⁷⁶ Tossaint-Schoenmakers R, Versluis A, Chavannes N, Talboom-Kamp E, Kasteleyn M. The Challenge of Integrating eHealth Into Health Care: Systematic Literature Review of the Donabedian Model of Structure, Process, and Outcome. *J Med Internet Res* 2021;23(5):e27180 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/27180>.

¹⁷⁷ Donabedian A. National Center for Health Services Research. Needed Research in the Assessment and Monitoring of the Quality of Medical Care. U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Center for Health Services Research; 1978 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://librarysearch.ohsu.edu/primo-explore/fulldisplay/CP71136877950001451/OHSU>.

¹⁷⁸ Combi C, Pozzi G, Veltri P, editors. Process modeling and management for healthcare. 1ª ed. Boca Raton: Chapman & Hall / CRC; 2017. p. 149-61 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ZkQPEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=%2Bhealthcare,+process+management,+healthcare+quality,+&ots=q3pBa2i5rT&sig=PouO2MdAx-S11C8syJWeKffK8IY#v=onepage&q=%2Bhealthcare%2C%20process%20management%2C%20healthcare%20quality%2C&f=false>.

¹⁷⁹ Cleary PD. Evolving concepts of patient-centered care and the assessment of patient care experiences: optimism and opposition. *Journal of health politics, policy and law*. 2016;41(4):675-96 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://read.dukeupress.edu/jhpp/article-abstract/41/4/675/13854/Evolving-Concepts-of-Patient-Centered-Care-and-the>.

¹⁸⁰ San Norberto EM, García-Sáiz I, Vaquero C. *Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas*. 2017; 20(2): 63-7 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://www.reiq.es/ESP/pdf/REIQ20.2.2017.pdf#page=33>.

¹⁸¹ Rodríguez Cala A, Calle Rodríguez C, Grunembaun Z, Pons Rodríguez A, Benavente Moreno Y, Durán García N. Responsabilidad social corporativa en los hospitales catalanes: ¿qué nos dicen sus webs?. *Revista de Comunicación y Salud*. 2017; 7: 13-28 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://www.reiq.es/ESP/pdf/REIQ20.2.2017.pdf#page=33>.

¹⁸² Kosklin R, Lammintakanen J, Kivinen T. Knowledge management effects and performance in health care: a systematic literature review, *Knowledge Management Research & Practice*. 2022 [consultado 29 marzo 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14778238.2022.2032434>.

¹⁸³ Campanella P, Vukovic V, Parente P, Sulejmani A, Ricciardi W, Specchia ML. The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16, 296 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1543-y>.

-
- ¹⁸⁴ Rivera Sanz F. Influencia del Modelo Europeo de Excelencia en la cultura de la organización. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2018;33(4):193-198 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.03.004>.
- ¹⁸⁵ Gold R, Oreja-Guevara C. Advances in the management of multiple sclerosis spasticity: multiple sclerosis spasticity guidelines. *Expert Rev Neurother*. 2013;13(12 Suppl):55-9 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1586/14737175.2013.865880>.
- ¹⁸⁶ Miravittles M, Alcázar B, Alvarez FJ, Bazús T, Calle M, Casanova C, et al. What pulmonologists think about the asthma-COPD overlap syndrome. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:1321-30. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/COPD.S88667>.
- ¹⁸⁷ Forlani G, Nuccitelli C, Caselli C, Moscatiello S, Mazzotti A, Centis E, Marchesini G. A psychological support program for individuals with Type 1 diabetes. *Acta Diabetol*. 2013;50(2):209-16 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00592-011-0269-x>.
- ¹⁸⁸ Romestaing P. European Observatory of Medical Demography. Statistics. CEOM Plenary Meeting. Ljubljana; 2012 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://www.ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/ceom-en_eu_medical_demography_dr_romestaing_0.pdf.
- ¹⁸⁹ Instituto Nacional de Estadística. Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Madrid; 2020 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175.
- ¹⁹⁰ Fundación Avedis Donabedian. Máster de especialización en Gestión y metodología de la calidad asistencial. Máster y Posgrado. Barcelona; 2022 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.fadg.org>.
- ¹⁹¹ LinkedIn. [internet]. California: Calidad alimentaria; 2022 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.linkedin.com/jobs/calidad-alimentaria-empleos/?originalSubdomain=es>.
- ¹⁹² LinkedIn [internet]. California: Calidad asistencial; 2022 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.linkedin.com/jobs/search/?geoid=105646813&keywords=calidad%20asistencial&location=Espa%C3%B1a&originalSubdomain=es>.
- ¹⁹³ TotalJobs [internet]. London: Quality & Safety Health – Spain; 2022 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.totaljobs.com/jobs/quality-and-safety-health/in-spain?radius=10&q=Quality+%26+Safety+Health>.
- ¹⁹⁴ Veiga-Seijo S, Movilla-Fernández MJ, Rivas-Quarneti N. Scoping Review sobre el Metaplan como Metodología de Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud. *NTQR*. 2020;3:1000-7 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/222>.

¹⁹⁵ Trapero-Bertran M, Brosa Riestra M, Espín Balbino J, Oliva J; Key4Value-Grupo II. Cuestiones controvertidas en evaluación económica (II): medidas de resultado en salud de las intervenciones sanitarias. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(2):125-35 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1135-57272015000200002>.

¹⁹⁶ Gil-Gómez de Liaño B, Pascual-Ezama D. La metodología Delphi como técnica de estudio de la validez de contenido. *Anales de psicología*.2012;28(3):1011-1020 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/download/analesps.28.3.156211/138211/582541>.

¹⁹⁷ Reguant-Álvarez M, Torrado-Fonseca M. El método delphi. *REIRE. Revista d'Innovació i Recerca en Educació*.2016;9(2):87-102 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/110707/1/654735.pdf>.

¹⁹⁸ Calvet X, Panés J, Alfaro N, Hinojosa J, Sicilia B, Gallego M, et al. Delphi consensus statement: Quality Indicators for Inflammatory Bowel Disease Comprehensive Care Units. *J Crohns Colitis*. 2014 Mar;8(3):240-51 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.taiss.com/publi/absful/delphi-consensus-statement-quality-indicators-inflammatory-bowel-disease-comprehensive-care-units-taiss.pdf>.

¹⁹⁹ Gordijn SJ, Beune IM, Thilaganathan B, Papageorghiou A, Baschat AA, Baker PN, et al. Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;48(3):333-9 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/uog.15884>.

²⁰⁰ Gaakeer MI, Veugelers R, Patka P, Huijsman R. Dutch ED Study Group. Minimum operational standards for 24/7 available emergency departments in the Netherlands: a first step taken by emergency physicians using an e-Delphi approach. *Eur J Emerg Med*. 2019 Apr;26(2):86-93 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000494>.

²⁰¹ Belton I, MacDonald A, Wright G, Hamlin I. Improving the practical application of the Delphi method in group-based judgment: A six-step prescription for a well-founded and defensible process. *Technological Forecasting and Social Change*.2019;147:72-82 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2019.07.002>.

²⁰² Abad FJ, Olea J, Ponsoda V, García C. *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Síntesis; 2011 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=552272>.

²⁰³ Garcia-Casanovas A, Ruiz-López PM, Blanch C, Varela Rodríguez C. Consideraciones prácticas para la implementación de proyectos de medición de resultados en salud en una organización sanitaria: Estudio Delphi de consenso de expertos. *Journal of Healthcare Quality Research*. Próximamente en 2022 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.12.008>.

²⁰⁴ Fitch K, Bernstein S, Aguilar MS, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. *The RAND/UCLA appropriateness method user's manual*. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2001 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html.

-
- ²⁰⁵ Doolan-Noble F, Barson S, Lyndon M, Cullinane F, Gray J, Stokes T, et al. Establishing gold standards for System-Level Measures: a modified Delphi consensus process. *Int J Qual Health Care.* 2019;31(3):205-211 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy122>.
- ²⁰⁶ Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS. Acove quality indicators. *Ann Intern Med.* 2001;135(8 Pt 2):653-67 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-8_part_2-200110161-00004.
- ²⁰⁷ Shekelle PG, Chassin MR, Park RE. Assessing the predictive validity of the RAND/UCLA appropriateness method criteria for performing carotid endarterectomy. *Int J Technol Assess Health Care.* 1998Fall;14(4):707-27 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s0266462300012022>.
- ²⁰⁸ Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International journal of nursing studies.* 2003;40:619-25 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1).
- ²⁰⁹ McGartland Rubio D, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research.* 2003;27(2):94-104 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>.
- ²¹⁰ Robba C, Poole D, Citerio G, Taccone FS, Rasulo FA. Brain Ultrasonography Consensus on Skill Recommendations and Competence Levels Within the Critical Care Setting. *Neurocrit Care.* 2020;32:502–11 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00766-9>.
- ²¹¹ Meshkat B, Cowman S, Gethin G, Ryan K, Wiley M, Brick A, et al. Using an e-Delphi technique in achieving consensus across disciplines for developing best practice in day surgery in Ireland. *J Hosp Adm.* 2014;3(4):1-8 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/60772805.pdf>.
- ²¹² Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *Journal of clinical epidemiology.* 2019; 111:49-59 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435618300829>.
- ²¹³ Aerny-Perreten N, Domínguez-Berjón MF, Esteban-Vasallo MD, García-Riolobos C. Late and non-response to online surveys. *J Eval Clin Pract.* 2015;21:688-93 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jep.1236>.
- ²¹⁴ Hsu CC, Sandford BA. The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment, Research, and Evaluation.* 2007;12(10):1-8 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://scholarworks.umass.edu/pare/vol12/iss1/10>.
- ²¹⁵ Boukdedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: A systematic review. *PLoS One.* 2011;6:e20476 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>.

²¹⁶ Mosadeghrad AM. Hospital accreditation: The good, the bad, and the ugly. *International Journal of Healthcare Management*.2021;14(4):1597-1601 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20479700.2020.1762052>.

²¹⁷ Niederberger M, Köberich S, members of the DeWiss Network. Coming to consensus: the Delphi technique. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*.2021;20(7):692-695 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab059>.

²¹⁸ Garcia-Casanovas A, Ruiz-López PM, Blanch C, Varela Rodríguez C. Consideraciones prácticas para la implementación de proyectos de medición de resultados en salud en una organización sanitaria: estudio Delphi de consenso de expertos. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2022. Artículo en prensa: prueba corregida [consultado 2 Agosto 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647922000033>.

²¹⁹ Andrés García I, Muñoz Moreno M, Ruíz López del Prado G, Gil Sáez B, Andrés Puertas M, Almaraz Gómez A. Validación de un cuestionario sobre actitudes y práctica de actividad física y otros hábitos saludables mediante el método Delphi. *Revista Española de Salud Pública*.2020; 93: e201909081 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100042.

²²⁰ Eizaga Rebollar R, García Palacios MV, Fernández Mangas MC, Arroyo Fernández FJ, Márquez Rodríguez CM, Carnota Martín AI, et al. Safety First: Design of an anesthetic checklist in paediatrics. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*.2019; 66 (9): 459-466 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341192919301416>

²²¹ Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, Wales PW. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*.2014;67(4):401-409 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>.

²²² Hasson F, Keeney S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. *Technological Forecasting and Social Change*.2011;78(9):1695-1704 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2011.04.005>.

²²³ Taherdoost H. Validity and Reliability of the Research Instrument; How to Test the Validation of a Questionnaire/Survey in a Research. *International Journal of Academic Research in Management*.2016;5(3):28-36 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.scribbr.com/methodology/types-of-validity/>.

²²⁴ Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción psicol*. [Internet]. 2013;10(2):3-18 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>.

²²⁵ Sireci SG. Validity content. En R. F. Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of psychological assessment*. Londres, UK: Sage; 2003 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=UDzXlxE6jEwC&dq=Sireci,+2003,+Validity+content.+Encyclopedia+of+psychological+assessment.+Londres,+UK:+Sage.&lr=&hl=ca&source=gbs_navlinks_s.

-
-
- ²²⁶ Cervantes V. Interpretaciones del coeficiente alpha de Cronbach. Avances en medición.2005;3(1):9-28. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.academia.edu/download/53296247/Interpretaciones_del_coeficiente_alpha_d2_0170527-3217-17c4uoh.pdf.
- ²²⁷ Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría.205;34(4):572-80 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en&tlng=es.
- ²²⁸ Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ.2011;2:53-5 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>.
- ²²⁹ Gil JAP, Moscoso SC, Rodríguez RM. Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. Psicothema.2000;12(Su2):442-446 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72797102.pdf>.
- ²³⁰ Tovar-Martínez JI, Romero-Ibarguengoitia ME, Elvira Torres-Almaguer C. Development and Validation of an Instrument in Spanish to Evaluate Patient Satisfaction in Telemedicine Consultation During COVID-19 Pandemic. Telemed J E Health.2021 Sep 9 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0320>.
- ²³¹ Knekta E, Runyon C, Eddy S. One Size Doesn't Fit All: Using Factor Analysis to Gather Validity Evidence When Using Surveys in Your Research. CBE—Life Sciences Education.2019;18:1 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1187/cbe.18-04-0064>.
- ²³² Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. Qual Life Res 27, 1147–1157 (2018) [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>.
- ²³³ Gärtner FR, Bomhof-Roordink H, Smith IP, Scholl I, Stiggelbout AM, Pieterse AH (2018) The quality of instruments to assess the process of shared decision making: A systematic review. PLoS ONE 13(2): e0191747 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191747>.
- ²³⁴ Watkins, Marley W. "Exploratory factor analysis: A guide to best practice." Journal of Black Psychology 44.3 (2018): 219-246 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0095798418771807>.
- ²³⁵ Meyer E. Reflections on Simulation, Simulation in Healthcare. The Journal of the Society for Simulation in Healthcare.2020;15(1):1-2 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000437>.
- ²³⁶ Cook DA, Brydges R, Zendejas B, Hamstra SJ, Hatala R. Technology-enhanced simulation to assess health professionals: a systematic review of validity evidence, research methods, and reporting quality. Academic Medicine.2013;88(6):872-83 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en:

https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2013/06000/Technology_Enhanced_Simulation_to_Assess_Health.34.aspx.

²³⁷ Brailsford SC, Eldabi T, Kunc M, Mustafee N, Osorio AF. Hybrid simulation modelling in operational research: A state-of-the-art review. *European Journal of Operational Research*.2019;278(3):721-37. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2018.10.025>.

²³⁸ Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig L, et al. STARD 2015: an updated list of essential items for reporting diagnostic accuracy studies. *Clinical chemistry*.2015;61(12):1446-52 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://academic.oup.com/clinchem/article/61/12/1446/5611598?login=true>.

²³⁹ van Bokhorst-de van der Schueren MA, Guitoli PR, Jansma EP, de Vet HC. Nutrition screening tools: does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting. *Clin Nutr*.2014;33:39-58 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23688831/>.

²⁴⁰ Trikalinos TA, Balion CM. Chapter 9: options for summarizing medical test performance in the absence of a “gold standard”. *J.Gen.Intern.Med*.2012;27(Suppl. 1): S67-S75 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2031-7>.

²⁴¹ Samaratunga R, Johnson L, Gatzidis C, Swain I, Wainwright T, Middleton R. A review of participant recruitment transparency for sound validation of hip surgery simulators: a novel umbrella approach. *J Med Eng Technol*. 2021 Aug;45(6):434-456 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/03091902.2021.1921868>.

²⁴² Yule S, Gupta A, Gazarian D, Geraghty A, Smink DS, Beard J, et al. Construct and criterion validity testing of the Non-Technical Skills for Surgeons (NOTSS) behaviour assessment tool using videos of simulated operations. *British Journal of Surgery*.2018;105(6):719–27 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/bjs.10779>.

²⁴³ Castro-Yuste C, García-Cabanillas MJ, Rodríguez-Cornejo MJ, Carnicer-Fuentes C, Paloma-Castro O, Moreno-Corral LJ. A Student Assessment Tool for Standardized Patient Simulations (SAT-SPS): Psychometric analysis. *Nurse Educ Today*. 2018 May;64:79-84 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.005>.

²⁴⁴ Borgersen NJ, Naur TMH, Sørensen SMD, Bjerrum F, Konge L, Subhi Y, et al. Gathering Validity Evidence for Surgical Simulation. *Annals of Surgery*.2018;267(6):1063-68 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002652>.

²⁴⁵ Tanya Walsh. Fuzzy gold standards: Approaches to handling an imperfect reference standard. *Journal of Dentistry*.2018;74 (Supp.1):S47-S49 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ident.2018.04.022>.

²⁴⁶ Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*.2018;6 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>.

-
-
- ²⁴⁷ García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin.*2009;5(4):171-7 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2008.09.007>.
- ²⁴⁸ Feuerman M, Miller A. Relationships between statistical measures of agreement: Sensitivity, specificity and kappa. *Journal of evaluation in clinical practice.*2018;14-:930 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.00984.x>.
- ²⁴⁹ Schmitz K, Storey VC. Empirical Test Guidelines for Content Validity: Wash, Rinse, and Repeat until Clean. *Communications of the Association for Information Systems.*2021;47(36):787-850 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.17705/1CAIS.04736>.
- ²⁵⁰ Trevethan R. Sensitivity, Specificity, and Predictive Values: Foundations, Pliabilities, and Pitfalls in Research and Practice. *Front Public Health.* 2017;5:307 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00307>.
- ²⁵¹ Hammersley M. The issue of quality in qualitative research, *International Journal of Research & Method in Education.*2007;30(3):287-305 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17437270701614782>.
- ²⁵² Saini M, Shlonsky A. *Systematic synthesis of qualitative research.* Oxford: Oxford University Press; 2012 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195387216.001.0001>.
- ²⁵³ Noyes J, Booth A, Flemming K, Garside R, Harden A, Lewin S, et al. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group Guidance paper 2: Methods for assessing methodological limitations, data extraction and synthesis, and confidence in synthesized qualitative findings. *J Clin Epidemiol.*2018;97:49-58 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.06.020>.
- ²⁵⁴ Granholm A, Alhazzani W, Møller MH. Use of the GRADE approach in systematic reviews and guidelines. *Br J Anaesth.* 2019 Nov;123(5):554-9 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.08.015>.
- ²⁵⁵ Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación.* 5ª ed. México: Mac Graw Hill;2010 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>.
- ²⁵⁶ Antúnez CC (2017). *Excel 2013.* Málaga: Editorial e-Learning, SL;2017 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=C9WDwAAQBAJ&dq=utilidad,+%22excel%22,+base+de+datos&lr=&hl=ca&source=gbs_navlink_s_s.
- ²⁵⁷ Rúa AI, Torres DM, Camacho JE. Herramienta de auditoría para la gestión de tecnología biomédica. [Internet]. *Rev. ing. biomed.*2015;9(18):103-8 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-97622015000200012&lng=en.

²⁵⁸ Suárez E, Calvo-Mora A, Roldán JL, Perriñez-Cristóbal R. Quantitative research on the EFQM excellence model: A systematic literature review (1991–2015). *European Research on Management and Business Economics*.2017;23(3):147-56 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iedeen.2017.05.002>.

²⁵⁹ ISOTools-excellence [internet]. Córdoba: Blog Calidad y Excelencia. Lógica REDER para la consecución de la excelencia; 2020 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.isotools.org/2020/12/09/logica-reder-para-la-consecucion-de-la-excelencia/>

²⁶⁰ Daniel J, Naderpour M, Lin CT. A fuzzy multilayer assessment method for EFQM. *IEEE Transactions on Fuzzy Systems*.2018;27(6):1252-62 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://derby.openrepository.com/bitstream/handle/10545/623035/Preprint.pdf?sequence=1>

²⁶¹ Associació d'Entitats Sanitàries i Socials [internet]. Barcelona: Estàndards d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya; 2013 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.uch.cat/comunicacio/noticies-101/estandards-dacreditacio-de-centres-datencio-hospitalaria-aguda-a-catalunya.html>.

²⁶² Bou-Llugar JC, Escrig-Tena AB, Roca-Puig V, Beltrán-Martín I. To what extent do enablers explain results in the EFQM excellence model? *International Journal of Quality & Reliability Management*. 2005;22(4):337-53 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1108/02656710510591192>.

²⁶³ Club Excelencia en Gestión [Internet]. Perfil: herramienta de autoevaluación EFQM. Madrid: Club Excelencia en Gestión; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.clubexcelencia.org/index.php/servicios/reconocimiento-y-premios/sello-efqm-2020/perfil>.

²⁶⁴ Calvo-Mora A, Domínguez-CC M, Criado F. Assessment and improvement of organisational social impact through the EFQM Excellence Model, Total Quality Management & Business Excellence.2018;29(11-12):1259-78 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14783363.2016.1253465>.

²⁶⁵ Raharjo H, Guglielmetti Mugion R, Eriksson H, Gremyr I, Di Pietro L, Renzi MF. Excellence models in the public sector. Relationships between enablers and results. *International Journal of Quality and Service Sciences*.2015;7(1):120-35 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/IJQSS-01-2015-0011>.

²⁶⁶ Webster M. Radar - the EFQM's management tool. EFQM Knowledge Base. Bruselas; 2014 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://www.knowledge-base.efqm.org/success-stories/radar-the-efqms-management-tool>.

²⁶⁷ Alejos Marín A, Canto San Román LM, Escrivá Garcerán V, González Torre FJ, Pechero Arroyo M, Jiménez de Diego MJ, et al. Modelo EFQM de Excelencia 2013. Documento de Interpretación de la versión 2013 del Modelo EFQM para las Administraciones Públicas. Madrid: Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de Los Servicios Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en:

https://clubexcelencia.org/system/files/migrated/knowledge/documents/files/guia_de_interpretacion_modelo_efqm_aapp.pdf.

²⁶⁸ Pristavka M, Findura P, Kangalov P, Malaga-Tobola U, Kubon M. Using the EFQM Model in Selected Organization. *Agricultural, Forest and Transport Machinery and Technologies*.2018;5(1):74-82 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Plamen-Kangalov/publication/331454336_Using_the_EFQM_Model_in_Selected_Organization/links/5c79b764a6fdcc4715a6e1b1/Using-the-EFQM-Model-in-Selected-Organization.pdf.

²⁶⁹ Robles N, Muñoz L, Espallargues M, Mercader M, Oliva G, Davins J †, et al. *Avaluació comparativa de la qualitat hospitalària a Catalunya: Marca Q. Exercici metodològic*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2020/avaluacio_comparativa_qualitat_hospitalaria_marcaQ_aquas2020.pdf.

²⁷⁰ Sahni NR, Huckman RS, Chigurupati A, Cutler DM. The IT transformation health care needs. *Harvard Bus Rev*.2017;(Nov–Dec 2017):128-138 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_2017_international_symposium_att_g12_the_it_transformation_health_care_needs.pdf.

²⁷¹ Àrea Salut Menorca [internet]. *Calidad. Cartera de servicios*. Hospital General Mateu Orfila. Servei de Salut de les Illes Balears. Maó; 2022 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/asme/es/area-de-salud/calidad.html>.

²⁷² Hospital Universitario Virgen Del Rocío [internet]. *Unidad de Calidad. Cartera de servicios*. Junta de Andalucía. Sevilla; 2022 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.hospitaluvrocio.es/entrada-blog/cartera-de-servicios-17/>.

²⁷³ Departament Salut Marina Baixa [internet]. *Unidad de Calidad. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana*. Valencia; 2022 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <http://marinabaixa.san.gva.es/unidad-de-calidad>.

²⁷⁴ Hospital Universitario Puerta de Hierro [internet]. *Unidad de Calidad. Mahadahonda*; 2022 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/puertadehierro/nosotros/unidad-calidad>.

²⁷⁵ Charles JLK, Bentley KJ. Measuring mental health provider-based stigma: Development and initial psychometric testing of a self-assessment instrument. *Community Ment Health J*.2018;54:33–48 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0137-4>.

²⁷⁶ Van den Bulcke B, Piers R, Jensen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, et al. Ethical decision-making climate in the ICU: theoretical framework and validation of a self-assessment tool. *BMJ quality & safety*.2018;27(10):781-9 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/27/10/781.abstract>.

-
- ²⁷⁷ Rolls K, Hansen M, Jackson D, Elliott D. How Health Care Professionals Use Social Media to Create Virtual Communities: An Integrative Review. *J Med Internet Res.* 2016;18(6):e166 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/jmir.5312>.
- ²⁷⁸ Lee Y, In J, Lee SJ. Social media engagement, service complexity, and experiential quality in US hospitals. *Journal of Services Marketing.*2020;34(6):833-45 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/JSM-09-2019-0359>.
- ²⁷⁹ Beaussier AL, Demeritt D, Griffiths A, Rothstein H. Accounting for failure: risk-based regulation and the problems of ensuring healthcare quality in the NHS. *Health, Risk & Society.*2016;18 (3-4):205-24 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13698575.2016.1192585>.
- ²⁸⁰ Barth JH, Misra S, Aakre KM, Langlois MR, Watine J, Twomey PJ, et al. "Why are clinical practice guidelines not followed?" *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine.*2016;54(7):1133-9 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/cclm-2015-0871>.
- ²⁸¹ Andrés García I, Muñoz Moreno M, Ruíz López del Prado G, Gil Sáez B, Andrés Puertas M, Almaraz Gómez A. Validación de un cuestionario sobre actitudes y práctica de actividad física y otros hábitos saludables mediante el método Delphi. *Revista Española de Salud Pública.*2020;93:e201909081 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201909081>.
- ²⁸² Bogossian F, Cooper S, Kelly M, Levett-Jones T, McKenna L, Slark J, et al. Best practice in clinical simulation education – are we there yet? A cross-sectional survey of simulation in Australian and New Zealand pre-registration nursing education. *Collegian.*2018;25(3): 327-34 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.003>.
- ²⁸³ Karadeniz Cakmak G: Innovative Standards in Oncoplastic Breast Conserving Surgery: From Radical Mastectomy to Extreme Oncoplasty. *Breast Care* 2021;16:559-573 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000518992>.
- ²⁸⁴ Salma I, Waelli M. A framework for the implementation of certification procedures in nurse level: a mixed approach study. *BMC Health Serv Res.*2021;21:932 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06940-0>.
- ²⁸⁵ Holle LM, Bilse T, Alabelewe RM, Kintzel PE, Kandemir EA, Tan ChJ. International Society of Oncology Pharmacy Practitioners (ISOPP) position statement: Role of the oncology pharmacy team in cancer care. *Journal of Oncology Pharmacy Practice.*2021;27(4):785-801 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10781552211017199>.
- ²⁸⁶ Peat JK, Mellis C, Williams K, Xuan W. *Health Science Research: A handbook of quantitative methods* (1st ed.). Routledge;2001 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9781003115922>.
- ²⁸⁷ Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *Int J Qual Health Care.*2001;13(6):489-96 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/13.6.489>.

-
- ²⁸⁸ Mainz J. Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. *Int J Qual Health Care*.2003;Suppl 1:i5-11 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg084>.
- ²⁸⁹ Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Aten Primaria*. 2004;34(4):161-6 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)78902-7](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(04)78902-7).
- ²⁹⁰ Andrés Martínez J. METAPLAN: Método de moderación grupal. *Health consulting* [internet]. Barcelona; 2017 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.gocnetworking.com/metaplan-metodo-de-moderacion-grupal-2/>.
- ²⁹¹ Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*.2012;1(2):90-5 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-descripcion-usos-del-metodo-delphi-X2007505712427047>.
- ²⁹² Rogers GD, McConnell HW, Jones de Rooy N, Ellem F, Lombard M. A randomised controlled trial of extended immersion in multi-method continuing simulation to prepare senior medical students for practice as junior doctors. *BMC Medical Education*.2014;14(1): 1-10 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6920-14-90>.
- ²⁹³ Peck CC, Kimko HH. Clinical Trial Simulation and Quantitative Pharmacology. In *Clinical Trial Simulations*; pp 1-11. Springer, New York, NY; 2011 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-7415-0_1.
- ²⁹⁴ Issenberg SB, Mcgaghie WC, Petrusa ER, Gordon DL, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*.2005; 27(1): 10-28 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01421590500046924>.
- ²⁹⁵ Dávila-Cervantes A. Simulación en educación médica. *Inv Ed Med* 2014;3(10):100-5 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-pdf-S2007505714727334>.
- ²⁹⁶ Malmqvist J, Hellberg K, Möllås G, Rose R, Shevlin M. Conducting the pilot study: A neglected part of the research process? Methodological findings supporting the importance of piloting in qualitative research studies. *Int J Qual Methods*.2019;18:1609406919878341 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1609406919878341>.
- ²⁹⁷ van Teijlingen E, Hundley V. The importance of pilot studies. *Social Research Update*.2001;35. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://aura.abdn.ac.uk/bitstream/handle/2164/157/SRU35%20pilot%20studies.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- ²⁹⁸ ISAKOS Scientific Committee. A practical guide to research: design, execution, and publication. *Arthroscopy*.2011;27(4 Suppl):S1-112. Erratum in: *Arthroscopy*. 2011 Jun;27(6):878 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(11\)00123-X/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(11)00123-X/fulltext).

-
- ²⁹⁹ European Commission [internet]. Evalsed Sourcebook: Method and techniques. Luxembourg: office for publications of the European Communities; 2003 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/evaluation/guide/evaluation_sourcebook.pdf.
- ³⁰⁰ Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World J Methodol.* 2021;11(4):116-29 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116>.
- ³⁰¹ Edvardsson D, Watt E, Pearce F. Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing.* 2017;73(1):217-27 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.13105>.
- ³⁰² Hornero Sos F, Centella Hernández T, Polo López L, López Menéndez J, Mestres Lucio CA, Bustamante Munguira J, et al. Recomendaciones de la SECTCV para la cirugía cardiovascular. 2019 actualización de los estándares en organización, actividad profesional, calidad asistencial y formación en la especialidad. *Cirugía Cardiovascular.* 2019;26(2):104-23 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.circv.2018.10.001>.
- ³⁰³ Poveda-Montoyo I, García-Doval I, Descalzo MA, Betllloch-Mas I, Miquel-Miquel FJ, Serrano-Manzano M, et al. Indicadores de calidad en la atención dermatológica a pacientes con dermatitis atópica. Documento de consenso de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2020;111(7):567-73 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731020301241>.
- ³⁰⁴ Sánchez-del-Río A, Pérez-Romero S, López-Picazo J, Alberca-de-las-Parras F, Júdez J, León-Molina J. Indicadores de calidad en colonoscopia. Procedimiento de la colonoscopia. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2018;110(5):316-26 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000500008&lng=es.
- ³⁰⁵ Bernardo M, de Dios C, Pérez V, Ignacio E, Serrano M, Vieta E, et al. Indicadores de calidad en el tratamiento de pacientes con depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia. Estudio de consenso. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental.* 2018; 11(2):66-75 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888989117301416>.
- ³⁰⁶ von Wichmann MA, Locutura J, Blanco JR, Riera M, Suárez-Lozano I, Saura RM, et al. Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.* 2010;28(5): 6-88 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(10\)70048-3](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(10)70048-3).
- ³⁰⁷ Lee SE, Scott LD, Dahinte VS, Vincent, Lopez K, Par CG. Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. *Western journal of nursing Research.* 2019;41(2):279-304 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945917747416>.

-
- ³⁰⁸ Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC family practice*.2018;19(1):1-12 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0793-7>.
- ³⁰⁹ Portney LG, Watkins MP (Eds.). *Validity of measurements Foundations of Clinical Research: Applications to Practice*. 3th ed. Philadelphia: McGraw Hill; 2017 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://fadavispt.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1987§ionid=149503074>.
- ³¹⁰ Bourque J, Doucet D, LeBlanc J, Dupuis J, Nadeau J. L'alpha de Cronbach est l'un des pires estimateurs de la consistance interne: une étude de simulation. *Revue des sciences de l'éducation*.2019;45(2);78-99 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.erudit.org/en/journals/rse/1900-v1-n1-rse05127/1067534ar/abstract/>.
- ³¹¹ Itoh B, Andersen HB, Mikkelsen KL. Safety Culture Dimensions, Patient Safety Outcomes and Their Correlations. In: *Patient Safety Culture*. 1st ed. London: CRC Press; 2014 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9781315599717-5/safety-culture-dimensions-patient-safety-outcomes-correlations-kenji-itoh-henning-boje-andersen-kim-lyngby-mikkelsen>.
- ³¹² Saturno P, Martinez-Nicolas I, Robles-Garcia I, López-Soriano F, Angel-García D. Pilot test results of a set of indicators are presented. *EJP*.2015;19:28-38 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ejp.516>.
- ³¹³ Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*.2014;348:g3725 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>.
- ³¹⁴ Aslakson R, Dy SM, Wilson RF, Waldfogel JM, Zhang A, Isenberg SR, et al. *Assessment Tools for Palliative Care* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017. Report No.: 17-EHC007-EF [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28837305/>.
- ³¹⁵ Flake JK, Fried EI. Measurement Schmeasurement: Questionable Measurement Practices and How to Avoid Them. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*.2020;456-65 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2515245920952393>.
- ³¹⁶ Martín García J, editor. *Teoría y ejercicios prácticos de Dinámica de Sistemas: 2020 (Software)*. Barcelona: Independently published; 2018 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.amazon.es/ejercicios-pr%C3%A1cticos-Din%C3%A1mica-Sistemas-Software/dp/1718137931>.
- ³¹⁷ Cheng Y, Ding P, Wang T, Lu W, Du X. Which Category Is Better: Benchmarking Relational and Graph Database Management Systems. *Data Sci. Eng.*2019;4:309–22 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s41019-019-00110-3>.
- ³¹⁸ Alonso-Almeida MdM, Fuentes-Frías VG. International quality awards and excellence quality models around the world. A multidimensional analysis. *Qual Quant*.2012;46:599–626 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11135-010-9416-7>.

-
-
- ³¹⁹ ISOTools-excellence [internet]. Córdoba: Blog Calidad y Excelencia. El Modelo de Excelencia EFQM versión 2013: características e influencia; 2015 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.isotools.org/2015/05/25/el-modelo-de-excelencia-efqm-version-2013-caracteristicas-e-influencia/>.
- ³²⁰ Zygiaris S. The DataBase Environment. Database Management Systems. Emerald Publishing Limited, Bingley;2018:3-20 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/978-1-78756-695-820181001>.
- ³²¹ Dahlgaard-Park SM, Reyes L, Chen ChK. The evolution and convergence of total quality management and management theories. Total Quality Management & Business Excellence.2018;29(9-10):1108-28 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14783363.2018.1486556>.
- ³²² Fonseca L. The EFQM 2020 model. A theoretical and critical review, Total Quality Management & Business Excellence.2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14783363.2021.1915121>.
- ³²³ Macías Maroto M. Las Unidades de Calidad asistencial hospitalarias y la pandemia de la COVID-19. ¿Hay que reinventarse?. J Healthc Qual Res.2021;36(1):52-53 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.09.003>.
- ³²⁴ Kfuri A, Davis NL, Giardino AP. External Quality Improvement: Accreditation, Certification, and Education. Medical Quality Management.2021:245-281. Springer, Cham [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-48080-6_10.
- ³²⁵ Benjamin I, Valentine C, Oetgen W, Sheehanet K. 2020 American Heart Association and American College of Cardiology Consensus Conference on Professionalism and Ethics: A Consensus Conference Report. J Am Coll Cardiol.2021;77(24):3079-133 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.04.004>.
- ³²⁶ Hilty DM, Gentry MT, McKean AJ, Cowan KE, Lim RF, Lu FG. Telehealth for rural diverse populations: telebehavioral and cultural competencies, clinical outcomes and administrative approaches. Mhealth.2020;6:20 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.10.04>.
- ³²⁷ World Health Organization [internet]. Digital education for building health workforce capacity. Geneva: World Health Organization;2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331524/9789240000476-eng.pdf>.
- ³²⁸ Mitosis KD, Lamnisos D, Talias MA. Talent management in healthcare: A systematic qualitative review. Sustainability.2021;13(8):4469 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1075078>.
- ³²⁹ Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. BMJ open.2021;8(1):e019189 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>.

³³⁰ Rentes VC, de Pádua SID, Coelho EB, Cintra MADCT, Ilana GGF, Rozenfeld H. Implementation of a strategic planning process oriented towards promoting business process management (BPM) at a clinical research centre (CRC). *Business Process Management Journal*.2019;25(4):707-37 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/BPMJ-08-2016-0169>.

³³¹ Rovira C, Modamio P, Pascual J, Armengol J, Ayala C, Gallego J, et al. Person-centred care provided by a multidisciplinary primary care team to improve therapeutic adequacy in polymedicated elderly patients (PCMR): randomised controlled trial protocol. *BMJ open*.2022;12(2):e051238. [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051238>.

³³² Wartman SA. *Confluence of Policy and Leadership in Academic Health Science Centers: A Professional and Personal Guide*. 1st ed. Boca Ratón (Florida): CRC Press;2022 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.routledge.com/Confluence-of-Policy-and-Leadership-in-Academic-Health-Science-Centers/Wartman/p/book/9781846195259-73>.

³³³ Clifton J, Harter JK. *It's the Manager: Gallup finds the quality of managers and team leaders is the single biggest factor in your organization's long-term success*. Washington, DC, USA: Gallup Press; 2019 Disponible en: <https://coachingforleaders.com/wp-content/uploads/free/its-the-manager-jim-harter.pdf>.

³³⁴ Wadmann S, Holm-Petersen C, Levay C. “We don’t like the rules and still we keep seeking new ones”: The vicious circle of quality control in professional organizations. *Journal of Professions and Organization*.2019;6(1):17-32 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jpo/joy017>.

³³⁵ Hilty DM, Torous J, Parish MB, Chan SR, Xiong G, Scher L, Yellowlees PM. A literature review comparing clinicians' approaches and skills to in-person, synchronous, and asynchronous care: moving toward competencies to ensure quality care. *Telemedicine and e-Health*.2021;27(4):356-73 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0054>.

³³⁶ Ministerio de Sanidad [Internet]. *Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad;2022 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: https://www.msrebs.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/ResumenEjecutivo_2019.pdf.

³³⁷ Bokhour BG, Fix GM, Mueller NM, Barker AM, Lavela SL, Hill JN, et al. How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Serv Res*.2018;18:168 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>.

³³⁸ Armour S. *Hospital Watchdog Gives Seal of Approval, Even After Problems Emerge*. *The Wall Street Journal* [internet]. Sept. 8, 2017 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.wsj.com/articles/watchdog-awards-hospitals-seal-of-approval-even-after-problems-emerge-1504889146?ns=prod/accounts-wsj>.

-
- ³³⁹ Armour S. Study Challenges Hospitals' Use of Accrediting Watchdogs. The Wall Street Journal [internet]. Oct. 18, 2018 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.wsj.com/articles/study-challenges-hospitals-use-of-accrediting-watchdogs-1539835260?ns=prod/accounts-wsj>.
- ³⁴⁰ Rockwell DA, Pelletier LR, Donnelly W. The cost of accreditation: one hospital's experience. *Hosp Community Psychiatry*.1993;44(2):151-5 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/ps.44.2.151>.
- ³⁴¹ Sibert K. When the Joint Commission is at the hospital, leave. *Medpage today*. July 2, 2014. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.kevinmd.com/2014/07/joint-commission-hospital-leave.html>.
- ³⁴² Lutfiyya MN, Sikka A, Mehta S, Lipsky MS. Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(2):112-8 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp003>.
- ³⁴³ Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM, Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. *J Hosp Med*. 2011 Oct;6(8):454-61 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jhm.905>.
- ³⁴⁴ Lam MB, Figueroa JF, Feyman Y, Reimold KE, Orav EJ, Jha AK. Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: observational study. *BMJ (Clinical research ed.)*.2018;363:k4011 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4011>.
- ³⁴⁵ Haneuse S, Dominici F, Normand S, Schrag D. Assessment of Between-Hospital Variation in Readmission and Mortality After Cancer Surgical Procedures. *JAMA Netw Open*.2018;1(6):e183038 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21990175/>.
- ³⁴⁶ Chen J, Rathore SS, Radford MJ, Krumholz HM. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(2):243-54 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12674428/>.
- ³⁴⁷ Greenfield D, Lawrence SA, Kellner A, Townsend K, Wilkinson A. Health service accreditation stimulating change in clinical care and human resource management processes: a study of 311 Australian hospitals. *Health Policy*.2019;123(7):661-65 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.04.006>.
- ³⁴⁸ Campione J, Famolaro T. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*.2018;44(1):23-32 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.001>.
- ³⁴⁹ Bogh SB, Blom A, Raben DC, Braithwaite J, Thude B, Hollnagel E, et al. Hospital accreditation: staff experiences and perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.2018;31(5):420-27 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-06-2017-0115>.

-
-
- ³⁵⁰ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Board on Global Health; Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30605296/>.
- ³⁵¹ Karapetrovic S, Willborn W. Audit and self-assessment in quality management: comparison and compatibility. *Managerial Auditing Journal*.2001;16(6):366-77 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/02686900110395505>.
- ³⁵² Duffy GL, Peiffer S, Story P. How Well is Your Healthcare Quality Management System Performing? *The Journal for Quality and Participation*.2019;42(1):12-8 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/09f77c5fe838f127403ffb27185fef26/1?pq-origsite=gscholar&cbl=37083>.
- ³⁵³ Donabedian A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Medical care*.1968;6(3):181-202 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3762934>.
- ³⁵⁴ Liana D, Lestari F, Sutoto S, Modjo R, Bachtiar A. A self-assessment model for hospital safety culture maturity. *Journal of public health research*.2022;11(2):2530 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.4081/jphr.2022.2530>.
- ³⁵⁵ Tušer I, Bekešienė S, Navrátil J. Emergency management and internal audit of emergency preparedness of pre-hospital emergency care. *Qual Quant*. 2020;1:1-13 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11135-020-01039-w>.
- ³⁵⁶ Guilabert M, Prades J, Borrás JM, Maestu I, Guerra JA, Fumadó L, Mira JJ. AEMAC Program Research Team A Web-Based Self-assessment Model for Evaluating Multidisciplinary Cancer Teams in Spain: Development and Validation Pilot Study. *J Med Internet Res* 2022;24(3):e29063 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/29063>.
- ³⁵⁷ Mitchell JJ, Graham ID, Nicklin W. The unrecognized power of health services accreditation: more than external evaluation. *J Qual Health Care*. 2020;32(7):445–55 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa063>.
- ³⁵⁸ Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) [internet]. Certificación de sistemas de gestión. Madrid: 2022 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.enac.es/que-hacemos/servicios-de-acreditacion/sistemas-de-gestion>.
- ³⁵⁹ Normalización española (UNE) [internet]. UNE-EN ISO/IEC 17021-1:2015. Madrid; 2021 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.une.org/encuentra-tu-norma/busca-tu-norma/norma?c=N0055409>.
- ³⁶⁰ European Commission. Internal Market, Industry, Entrepreneurship and SMEs. CE marking. Bruxelles; 2021 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: https://ec.europa.eu/growth/single-market/ce-marking_en.

-
- ³⁶¹ Salah S, Salah D. Comparison between the UAE Government Excellence System, Malcolm Baldrige National Quality Award and European Foundation for Quality Management model: implications for excellence models. *International Journal of Quality and Innovation*.2019;4(3-4):121-131 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.inderscienceonline.com/doi/abs/10.1504/IJQI.2019.105751>.
- ³⁶² Kerrigan RA. Updating CACREP's 2016 Trauma Curricula Standards: A Delphi Study. Regent University ProQuest Dissertations Publishing; 2022 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/ad47527d54c34db58259b86cadcce4b6/1?pg-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.
- ³⁶³ Andres EB, Song W, Schooling CM, Johnston JM. The influence of hospital accreditation: a longitudinal assessment of organisational culture. *BMC Health Serv Res*.2019;19:467 [consultado 9 Abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4279-7>.
- ³⁶⁴ Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, Sifaki- Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*.2017; 5(4):73 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>.
- ³⁶⁵ Rosen MA, Diaz-Granados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*.2018;73(4):433–450 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/amp0000298>.
- ³⁶⁶ Varela Lema L, Atienza Merino G, López-García M. Selección de prioridades sanitarias: criterios, proceso y marco estratégico. Revisión sistemática. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;2016 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://runa.seg.es/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/8975/avalia-t201508_PrioridadesSanitarias_DEF.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
- ³⁶⁷ West MA, Lyubovnikova J, Eckert R, Denis JL. Collective leadership for cultures of high quality health care. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*.2014;1(3):240-260 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/JOEPP-07-2014-0039>.
- ³⁶⁸ Jones L, Pomeroy L, Robert G, Burnett S, Anderson JE, Fulopet NJ. How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England. *BMJ Quality & Safety*.2017;26:978-986 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/12/978?etoc>.
- ³⁶⁹ Kohlbacher M. The effects of process orientation: a literature review. *Business Process Management Journal*.2010;16 (1):135-152 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/14637151011017985>.
- ³⁷⁰ Araujo CAS, Martins-Siqueira M, Malik AM. Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*.2020;32(8):531–544 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa090>.

-
-
- ³⁷¹ Hovlid E, Braut GS, Hannisdal E, Walshe K, Bukve O, Flottorpet S, et al. Mediators of change in healthcare organisations subject to external assessment: a systematic review with narrative synthesis. *BMJ Open*.2020;10:e038850 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/8/e038850>.
- ³⁷² Al-Sayedahmed H, Al-Tawfiq J, Al-Dossary B, Al-Yami S. Impact of Accreditation Certification on Improving Healthcare Quality and Patient Safety at Johns Hopkins Aramco Healthcare. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*.2021;4(3):117–122 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.36401/JQSH-21-8>.
- ³⁷³ Quesado PR; Aibar-Guzmán B, Lima-Rodrigues L. Advantages and contributions in the balanced scorecard implementation. *Intangible capital*.2018;14(1):186-201 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en:<https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/116448/1110-4916-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- ³⁷⁴ Joling KJ, van Eenoo L, Vetrano DL, Smaardijk VR, Declercq A, Onder G, et al. Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS ONE*.2018;13(1):e0190298 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190298>.
- ³⁷⁵ Hargett CW, Doty JP, Hauck JN, Webb AM, Cook SH, Tsipis NE, et al. Developing a model for effective leadership in healthcare: a concept mapping approach. *J Healthc Leadersh*.2017; 9: 69–78 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774455/>.
- ³⁷⁶ Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: a meta-analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.2014;27(6):544-558 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2013-0082>.
- ³⁷⁷ Vélez-Díaz-Pallarés M, Delgado-Silveira E, Carretero-Accame ME, Bermejo-Vicedo T. Using Healthcare Failure Mode and Effect Analysis to reduce medication errors in the process of drug prescription, validation and dispensing in hospitalised patients. *BMJ Quality & Safety*.2013;22:42-52 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/1/42>.
- ³⁷⁸ Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L, et al. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *The Lancet Infectious Diseases*.2015;15(2):212-224 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70854-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70854-0).
- ³⁷⁹ Li Y, Gong Z, Lu Y, Hu G, Cai R, Chen Z. Impact of nosocomial infections surveillance on nosocomial infection rates: A systematic review. *International Journal of Surgery*.2017;42:164-9 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2017.04.065>.
- ³⁸⁰ Althoff FC, Neb H, Herrmann E, Trentino K, Vernich L, Füllenbach C, et al. Multimodal Patient Blood Management Program Based on a Three-pillar Strategy. *Annals of Surgery*.2019;269(5):794-804 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003095>.

-
- ³⁸¹ Kampstra NA, Zipfel N, van der Nat PB, Westert GP, van der Wees PJ, Groenewoud AS. Health outcomes measurement and organizational readiness support quality improvement: a systematic review. *BMC Health Serv Res.*2018;18,1005 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3828-9>.
- ³⁸² Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, Teixeira J, Santos JV, Viana J. Primary health care quality indicators: An umbrella review. *PLoS ONE.*2019;14(8):e0220888 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220888>.
- ³⁸³ Men LR. Strategic Internal Communication: Transformational Leadership, Communication Channels, and Employee Satisfaction. *Management Communication Quarterly.*2014;28(2):264-284 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0893318914524536>.
- ³⁸⁴ Okuyama A, Martowiriono K, Bijnen B. Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Quality & Safety* 2011;20:991-1000 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/20/11/991.short>.
- ³⁸⁵ Mohammed K, Nolan MB, Rajjo T, Shah ND, Prokop LJ, Varkey P, et al. Creating a Patient-Centered Health Care Delivery System: A Systematic Review of Health Care Quality From the Patient Perspective. *American Journal of Medical Quality.*2016;31(1):12-21 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1062860614545124>.
- ³⁸⁶ Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science.*2018;13(1):1-22 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13012-018-0784-z>.
- ³⁸⁷ Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health.*2015;135(5):243-250 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26187638/>.
- ³⁸⁸ Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health.*2017;137(2):89-101 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27004489/>.
- ³⁸⁹ Park M, Giap TTT, Lee M, Jeong H, Jeong M, Go Y. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies.*2018;87:69-83 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>.
- ³⁹⁰ Miller A, Archer J. Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review. *BMJ* 2010; 341:c5064 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.c5064>.
- ³⁹¹ Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today.*2013;33(2):90-102 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.006>.

-
-
- ³⁹² Martos-Cabrera MB, Mota-Romero E, Martos-García R, Gómez-Urquiza JL, Suleiman-Martos N, Albendín-García L, et al. Hand Hygiene Teaching Strategies among Nursing Staff: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.2019;16(17):3039 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16173039>.
- ³⁹³ McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Acad Med*. 2011;86(6):706-711 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318217e119>.
- ³⁹⁴ O'Leary KJ, Fant AL, Thurk J, Bilimoria KY, Didwania AK, Gleason KM. Immediate and long-term effects of a team-based quality improvement training programme. *BMJ Quality & Safety*.2019;28:366-373 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/28/5/366.abstract>.
- ³⁹⁵ Sarfati L, Ranchon F, Vantard N, Schwiertz V, Larbre V, Parat S, et al. Human-simulation-based learning to prevent medication error: A systematic review. *J Eval Clin Pract*.2019;25:11–20 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jep.12883>.
- ³⁹⁶ Thomas L, Galla C. Building a culture of safety through team training and engagement. *BMJ Quality & Safety*.2013;22:425-434 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/5/425.short>.
- ³⁹⁷ Prades J, Remue E, Van Hoof E, Borrás JM. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health Policy*.2015;119(4):464-74 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.006>.
- ³⁹⁸ Rouleau G, Gagnon MP, Côté J, Payne-Gagnon J, Hudson E, Dubois CA. Impact of information and communication technologies on nursing care: results of an overview of systematic reviews. *Journal of medical Internet research*.2017; 19(4):e122 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.jmir.org/2017/4/e122/>.
- ³⁹⁹ Barata J, Rupino Cunha P. Synergies between quality management and information systems: a literature review and map for further research. *Total Quality Management & Business Excellence*.2017;28:282-295 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14783363.2015.1080117>.
- ⁴⁰⁰ Garritty C, Gartlehner G, Nussbaumer-Streit B, King VJ, Hamel C, Kamel C, et al. Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*.2021;130:13-22 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>.
- ⁴⁰¹ Lawal AK, Rotter T, Kinsman L, Machotta A, Ronellenfitsch U, Scott SD, et al. What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC medicine*.2016;14(1):1-5 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-016-0580-z>.

⁴⁰² Kredon T, Bernhardtsson S, Machingaidze S, Young T, Louw Q, Ochodo E, et al. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *International Journal for Quality in Health Care*.2016;28(1):122–8 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv115>.

⁴⁰³ Büchter RB, Fichtelpeter D, Knelangen M, Ehrlich M, Waltering A. Words or numbers? Communicating risk of adverse effects in written consumer health information: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak*.2014;14:76 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-14-76>.

⁴⁰⁴ Hegarty J, Flaherty SJ, Saab MM, Goodwin J, Walshe N, Wills T, et al. An International Perspective on Definitions and Terminology Used to Describe Serious Reportable Patient Safety Incidents: A Systematic Review. *Journal of patient safety*. 2020. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/9000/An_International_Perspective_on_Definitions_and.99159.aspx.

⁴⁰⁵ Penning M, Gadde M, Zozus M. A Qualitative Evidence Synthesis of Adverse Event Detection Methodologies. *Stud Health Technol Inform*.2019;257:346-351 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30741221/>.

⁴⁰⁶ Boussat B, Seigneurin A, Giai J, Kamalanavin K, Labarère J, Francois P. Involvement in root cause analysis and patient safety culture among hospital care providers. *J Patient Saf*.2017;00:00–00 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000456>.

⁴⁰⁷ Stavropoulou C, Doherty C, Tosey P. How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. *Milbank Quarterly*.2015;93:826-866 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12166>.

⁴⁰⁸ Davoodi S, Kariminejad R, Mohammadzadeh Z. Cancer care improvement through positive patient identification technologies. *Int J Sci Rep*. 2018 Sep;4(9):215-9 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.sci-rep.com/index.php/scirep/article/view/455>.

⁴⁰⁹ Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med*.2013;158:390-396 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005>.

⁴¹⁰ Chen YC, Sheng WH, Wang JT, Chang SC, Lin HC, Tien KL, et al. Effectiveness and Limitations of Hand Hygiene Promotion on Decreasing Healthcare–Associated Infections. *PLoS ONE*.2011;16:e27163 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0027163>.

⁴¹¹ Lambe KA, Lydon S, Madden C, Vellinga A, Hehir A, Walsh M, et al. Hand Hygiene Compliance in the ICU: A Systematic Review. *Critical Care Medicine*.2019;47(9):1251-7 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003868>.

⁴¹² Chatfield SL, DeBois K, Nolan R, Crawford H, Hallam JS. Hand hygiene among healthcare workers: A qualitative meta summary using the GRADE-CERQual process. *Journal of Infection*

Prevention. 2017;18(3):104-120 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1757177416680443>.

⁴¹³ Sullivan N, Schoelles KM. Preventing In-Facility Pressure Ulcers as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med.*2013;158:410-416 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00008>.

⁴¹⁴ Carrillo Punina AP. Medición de la cultura organizacional. *Ciencias administrativas.*2016;8:61-73 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5116/511653788007/511653788007.pdf>.

⁴¹⁵ Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e017708 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708>.

⁴¹⁶ Castellanos-Ordóñez G, Solano-Arboleda D. Metaanálisis de la relación entre la orientación al mercado y los resultados de la empresa. *Estudios Gerenciales.*2017;33(142):87-94 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.estger.2016.10.006>.

⁴¹⁷ Vaughn VM, Saint S, Krein SL, Forman JH, Meddings J, Ameling, et al. Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: results from a systematic review of qualitative studies. *BMJ Quality & Safety* 2019;28:74-84 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/28/1/74.full>.

⁴¹⁸ Lee JY, Lee SI, Jo MW. Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program?. *J Prev Med Public Health.* 2012;45(3):137-147 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.3961/jpmph.2012.45.3.137>.

⁴¹⁹ Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, DarziA, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety* 2014;23:290-298 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/290.full>.

⁴²⁰ Cruz Rivera S, Kyte DG, Aiyegbusi OL, Keeley TJ, Calvert MJ. Assessing the impact of healthcare research: A systematic review of methodological frameworks. *PLoS Med.*2017;14(8):e1002370 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002370>.

⁴²¹ Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Quality & Safety* 2014;23:299-318 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/299>.

⁴²² Cunningham FC, Ranmuthugala G, Plumb J, Georgiou A, Westbrook JI, Braithwaite J. Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ quality & safety.* 2012; 21(3):239-49 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/21/3/239.short>.

⁴²³ SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha [internet]. Manual de calidad asistencial. Coordina: Área de Investigación, Docencia y Formación. 1ª ed. Toledo: SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2009 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en:

https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf.

⁴²⁴ Unió Catalana d'Hospitals [internet]. Glossari terminològic. Ajudes a la interpretació terminològica utilitzada en el document d'estàndards d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya. Període 2013-2016. BErclona;2013 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en:

https://www.uch.cat/documents/glossari_terminolo768gic_esta768ndards_2013.pdf.

⁴²⁵ Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud [internet]. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENEca: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009.

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>.