



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DIRECCION DE SERVICIOS SANITARIOS  
SUBDIRECCIÓN DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS  
Servicio de Calidad y Gestión Clínica

# SINOC

Sistema de Información Normalizado  
para los Objetivos de Calidad (SINOC)

---

5  
versión  
2012

fundamentos



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DIRECCION DE SERVICIOS SANITARIOS  
SUBDIRECCIÓN DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS  
Servicio de Calidad y Gestión Clínica

### **Autores**

Carlos A. Díaz Vázquez  
Rebeca Suárez Gutiérrez  
José María Navia-Osorio  
Pablo Mola Caballero de Rodas

### **Revisores versión 5**

Alejandra Fueyo Gutiérrez  
V. Javier Rodríguez Martínez  
Rebeca Suárez Gutiérrez

Servicio de Calidad y Gestión Clínica  
Dirección de Servicios Sanitarios  
Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios  
Servicio de Salud del Principado de Asturias

Octubre 2012

© Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)  
Depósito Legal: AS-1636-2009



## Índice

Abreviaturas y Control de Versiones .....	4
Documentos que complementan el SINOC_fundamentos.....	5
Necesidad de un Sistema de Información Normalizado en Calidad.....	6
Sobre Objetivos, Estándares, Indicadores y Metas .....	7
Modelos de Acreditación en Calidad y el Servicio de Salud del Principado de Asturias .....	12
SINOC. Sistema de Información Normalizado para Objetivos en Calidad .....	13
DAIME .....	19
Anexo 1. Ponderación. Acceso a incentivos y Paso de nivel de gestión .....	22
Fuentes documentales empleadas .....	26



### Abreviaturas empleadas

<b>AGC,</b>	Área de Gestión Clínica
<b>DAIME,</b>	Acrónimo de Documentado-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado, herramienta de despliegue de indicadores del SINOC
<b>EAP,</b>	Equipo de Atención Primaria
<b>EFQM,</b>	<i>European Foundation for Quality Management</i>
<b>ISO,</b>	<i>International Standards Organization</i>
<b>JCI,</b>	<i>Joint Commission International</i>
<b>SINOC,</b>	Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad
<b>UGC,</b>	Unidad de Gestión Clínica

### Control de versiones

V	Fecha	Cambio relevante	Código control
1	01.04.2009		cadv1
2	31.05.2009	Se explica en detalle la ubicación de la gestión del dolor en los indicadores 3a1, 3a4 y 5b2	cadv2_bfRS
3	17.03.2010	Se redefine, con fines aclaratorios, en indicador 6a3 sobre formación en catástrofes. Se actualiza el indicador 6b4, sobre espacio libre de humos	cadv3_amAF
4	01.08.2010	La documentación SINOC se reorganiza en tres documentos "SINOC-fundamentos", común a todo el ámbito de la Calidad, y "SINOC objetivos e indicadores-AP" (para la atención primarias y el "SINOC-Hospitales. Módulos", para la atención especializada. Se elimina el epígrafe de "Despliegue de Indicadores" que pasa a formar parte de la herramienta DAIME	cadv4_e1h0
5 (actual)	18.09.2012	Se actualiza el documento en base a los cambios realizados en las nuevas versiones de SINOC AP y SINOC AE	afg_301111_024_sgc



## Documentos(\*) que complementan el SINOC-fundamentos

### **SINOC- objetivos e indicadores-AP**

Disponible en [www.gestionclinica.info](http://www.gestionclinica.info)

Incluye los objetivos de calidad y sus 85 indicadores de desempeño, con especificación del momento en que se espera que una UGC los alcance (según nivel de encuadramiento).

### **SINOC-objetivos e indicadores-AE. Módulos**

Disponible en [www.gestionclinica.info](http://www.gestionclinica.info)

Incluye los objetivos de calidad y sus indicadores de desempeño, con especificación del momento en que se espera que una AGC los alcance (según nivel de encuadramiento).

### **SINOC-despliegue de indicadores**

Documentación auxiliar para los profesionales de las UGC y AGC. Especifica como desarrollar cada uno de los indicadores.

### **DAIME**

Disponible en [www.gestionclinica.info](http://www.gestionclinica.info)

Documento que explica en detalle la herramienta DAIME de despliegue (desarrollo) de los indicadores de desempeño, incluyendo el DAIME\_Básico, DAIME\_Extendido y DAIME\_Metas.



## Necesidad de un Sistema de Información Normalizado en Calidad

El Decreto regulador de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica (Decreto 66/2009 de 14 de Julio, BOPA de 23 de Julio de 2009) establece la necesidad de disponer de un Sistema de Información Normalizado a partir de los diferentes sistemas de información corporativos para garantizar la evaluación y el seguimiento del contrato de gestión pactado.

El Acuerdo de Gestión incluye tres grandes grupos de objetivos:

- Objetivos Asistenciales (servicios que se prestan a los ciudadanos)
- Objetivos de Gestión (farmacia, personal, gestión de almacenes etc.)
- Objetivos de Calidad

Mientras que para la mayor parte de los objetivos de los 2 primeros grupos, los actuales sistemas de información pueden proporcionar información rápida, fiable y verificable, esto no ocurre con los Objetivos de Calidad.

Los Objetivos de Calidad son difícilmente medibles y evaluables por sistemas automáticos, debiendo basarse su valoración en auditorias diseñadas ex profeso y sustentadas en:

- La revisión de documentación generada por la UGC/AGC
- La evaluación in situ, presencial, a través de visitas a la UGC/AGC

La Normalización de la Información vendrá determinada por el establecimiento de un sistema uniforme de evaluación para cada uno de los objetivos de calidad.

Esta evaluación, documentada, explícita y reproducible, podrá ser llevada a cabo por la propia UGC/AGC (evaluación interna-autoevaluación), pero con el fin de homologar los resultados entre UGC/AGC homónimas, se realizarán cortes evaluativos periódicos por parte del Servicio de Calidad y Gestión Clínica (evaluación externa).

El presente documento define el Sistema de Información Normalizado para Objetivos en Calidad (SINOC), como la herramienta de evaluación de la Calidad de las UGC y AGC.



## Sobre Objetivos, Estándares, Indicadores y Metas

Con carácter general existe un importante grado de confusión entre estos conceptos. Dependiendo del ámbito de aplicación (educativo, sanitario, social ...) y de los autores, puede resultar que lo considerado por unos objetivo, para otros es un estándar, o una meta, etc.

En el presente documento, al referirnos a dichos conceptos queremos decir:

### Objetivo

Un objetivo define una intención, general o específica, de la organización (SESPA, UGC, AGC, etc.). Se trata de algo que se quiere conseguir, una situación aun no alcanzada y que se quiere alcanzar.

En este contexto un objetivo siempre esta presidido por un verbo en infinitivo: lograr, alcanzar, mejorar, asegurar, garantizar..., aunque en ocasiones no se indique si el propósito del objetivo es evidente.

Por ejemplo: *Derecho de los pacientes a la confidencialidad en su relación con el profesional*

Aun carente de verbo, parece evidente que se trata de “garantizar” dicho derecho.

Los objetivos reflejan una idea y nunca, o de forma excepcional, establecen plazos, personas que deben desarrollarlos, etc.

Los “objetivos” son profusamente utilizados en este documento.

### Indicador

Utilizamos el concepto en su concepción más simplista: “algo que indica”.

Un objetivo puede tener uno o más indicadores que permitan “orientarnos” al logro de objetivos

Existen dos formas de interpretar el concepto de “indicador”:

- Algo que indica cómo conseguir un objetivo: “si pretendes esto (objetivo), haz aquello (indicador)”. Técnicamente denominados **indicadores de acción**, **indicadores de desempeño** o **inductores**. Muy presentes en los procesos de calidad asistencial.

Este tipo de indicadores expresan de una manera sencilla “una forma, estrategia, acción, procedimiento ... para alcanzar el objetivo, en todo o en parte”.

Un objetivo puede desplegarse en varios indicadores de desempeño, tal que llevando a termino dicho-s indicadores de desempeño, habremos dado cumplimiento al objetivo.



Otra forma de interpretar los indicadores es considerando que un indicador es algo que indica cuán de cerca estamos del logro. Denominados ***Indicadores de resultados***.

Un indicador de resultado se diseña a partir de un indicador de desempeño. Es decir, primero se establece “una forma, estrategia, acción, procedimiento ... para alcanzar el objetivo, en todo o en parte” y después se define un resultado esperable, que puede ser cuantitativo, por ejemplo: “si pretendes esto, qué porcentaje has logrado hasta un determinado momento”. No obstante no siempre es viable, ni necesario, desarrollar “indicadores de resultados cuantitativos”, en la medida que no siempre es posible cuantificar una acción; como ejemplo, las acciones cualitativas de “haber hecho o no algo”. En estas situaciones del “todo o nada”, del “sí o no”, el indicador de resultado equivale al indicador de desempeño adjetivado con el logro propuesto (sí realizado, no realizado).

En ocasiones un indicador de desempeño puede llevar asociados varios indicadores de resultados, e incluso indicadores de resultados cualitativos y cuantitativos.

Ejemplo

Objetivo:

*Garantizar el Derecho de los pacientes al trato confidencial, seguridad e integridad de sus datos en todas las fases del procedimiento asistencial*

Indicador de desempeño (uno de los posibles):

*La UGC debe elaborar un modelo de compromiso de confidencialidad*

Indicador de resultado cualitativo:

*La UGC (sí-no) ha elaborado un modelo de compromiso de confidencialidad*

Indicador de resultado cuantitativo:

*Porcentaje de profesionales que han firmado el compromiso de confidencialidad en un momento determinado* (cuantitativo, de 0 a 100%)

El desarrollo de indicadores cuantitativos permite no sólo medir resultados finales, sino también monitorizaciones intermedias, siendo ésta una de sus principales utilidades, permitiendo la construcción de un Panel de Control-Cuadro de Mandos de Calidad para la monitorización, cuyo método de elaboración se aborda más adelante





en este documento.

En este documento se definen:

- objetivos
- indicadores de acción, de desempeño o inductores

Se deja a la UGC el desarrollo de un sistema de “indicadores de resultados”, cuando sean necesarios, útiles y viables, que le permita monitorizar su evolución. Se proporcionará ayuda desde el Servicio de Calidad y Gestión Clínica del SESPA.

### **Estándar**

Un estándar es una especificación, algo que define una buena práctica y la diferencia de la que no lo es. Habitualmente se describe como una frase breve, contundente, de muy fácil comprensibilidad en general y bien formulada.

Por ejemplo: *“La UGC cuenta, funcionalmente, con un Responsable de Calidad”*.

Es una situación intermedia entre un objetivo y un indicador de desempeño, por lo que el uso del concepto “estándar” resultaría en una redundancia cuando se definen los otros dos, tal y como haremos en este documento.

No obstante la JCI desarrolla su manual en base a la descripción de estándares y es interesante estar familiarizado con el término.

En concreto la JCI define el estándar como “Una frase que define las expectativas de actuación, las estructuras existentes o los procesos que deben de estar presentes para que una organización ofrezca atención, tratamiento y servicios de alta calidad”.

### **Meta**

No existe término más ambiguo en la bibliografía sobre planificación que el de “meta”.

En el lenguaje coloquial es fácil entender que la meta es el punto final al que se quiere llegar tras recorrer un determinado camino.

No obstante, otros autores aplican el concepto meta a los objetivos generales, más amplios, incluso igualándolos a “objetivos estratégicos”.



Nosotros utilizaremos “meta” para referirnos a la primera acepción, que por otro lado es la que mejor visualiza cualquier persona profana en la materia. Es decir a la concreción del logro que queremos alcanzar en un tiempo determinado.

No es lo mismo que un indicador de resultado, que lo que hace es “decirnos en que punto nos encontramos”. La meta nos indica a qué punto queremos llegar.

La meta, en sí, está más íntimamente relacionada con el indicador de desempeño (acción o inductor) que con el objetivo. Tal que a cada uno de los indicadores de desempeño se le puede asociar una meta, cualitativa o cuantitativa, según el caso.

Ejemplo:

Objetivo:

*Garantizar el Derecho de los pacientes al trato confidencial, seguridad e integridad de sus datos en todas las fases del procedimiento asistencial*

Indicador de desempeño (uno de los posibles):

*La UGC debe elaborar un modelo de compromiso de confidencialidad*

Indicador de resultado cualitativo:

*La UGC (sí / no) ha elaborado de un modelo de compromiso de confidencialidad*

Su meta: *El equipo sí ha elaborado un modelo de compromiso antes de (fecha determinada)*

Indicador de resultado cuantitativo:

*Porcentaje de profesionales que han firmado el compromiso de confidencialidad en un momento determinado* (cuantitativo, de 0 a 100%)

Su meta: *El 100% de los profesionales tienen firmado su compromiso de confidencialidad a (fecha determinada)*



## Resumen

Un **objetivo** define una intención, general o específica, de la organización (SESPA, UGC, etc.). Se trata de algo que se quiere conseguir, una situación aun no alcanzada y que se quiere alcanzar.

**Indicador de acción, indicador de desempeño o inductores.** Algo que indica, orienta cómo conseguir un objetivo: “si pretendes esto (objetivo), haz aquello (indicador de desempeño)”.

**Indicador de resultados.** Se diseña a partir de un indicador de desempeño. Pudiendo ser cualitativos (desempeño sí o no llevado a cabo) o cuantitativos: “si pretendes esto, qué porcentaje has logrado hasta un determinado momento”. Son útiles para medir resultados finales y monitorizaciones intermedias.

Un **estándar** es una especificación, algo que define una buena práctica y la diferencia de la que no lo es. Es una situación intermedia entre un objetivo y un indicador de desempeño, por lo que el uso del concepto “estándar” resultaría en una redundancia cuando se definen los otros dos, tal y como haremos en este documento.

Una **meta** define: (a) el logro máximo posible a alcanzar y (b) el momento cuando esperamos conseguirlo.



## Modelos de Acreditación en Calidad y Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

En el Servicio de Salud coexisten los principales modelos de calidad (Norma ISO, Excelencia EFQM y Acreditación JCI), lo que permite disponer de cerca de 100 dispositivos asistenciales (servicios, centros de salud, hospitales, certificados y/o acreditados).

El desarrollo de SINOC, no obstante no obedece a ningún capricho ni a ningún deseo de originalidad malentendida. Se trata de:

1. Por un lado adaptar plenamente el modelo de calidad a desarrollar en los centros asistenciales del SESPA, tratando de normalizar al máximo, de forma centralizada, los objetivos e indicadores a desarrollar.
2. Nutrirse de las ventajas de los tres principales modelos, buscando la integración de los mismos, más que la imitación autista de uno de ellos.

Como consecuencia de esto el SINOC se ha inspirado:

En el modelo ISO para:

- La sistemática de gestión documental
- La dinámica de aprobación de documentos

En la JCI para:

- El desarrollo de grupos de objetivos, con una visión del acto sanitario, más allá del acto puramente clínico

En el modelo EFQM para:

- La gestión de las acciones mediante procesos integradores
- La priorización de acciones y procesos a desarrollar
- Una sistemática de puntuación para la medición de resultados



## SINOC - Sistema de Información Normalizado para Objetivos de Calidad

### Fuente de Información

El SINOC obtiene la información de 2 fuentes:

- Revisión de documentación generada por la UGC/AGC
- Evaluación in situ, presencial, a través de visitas a la UGC/AGC

De este modo el SINOC se configura como una herramienta autosuficiente, que no precisa de otros Sistemas de Información Normalizados ajenos al propio SINOC para obtener la información.

### Objetivos de Calidad incluidos en el SINOC

A cada nivel de gestión (del 1a al 3c) le corresponde una batería (progresivamente mayor) de objetivos de calidad, conformando tres baterías : a, b y c.

El **grupo de objetivos (a)**, que se corresponde con un nivel básico de calidad se centra en objetivos relacionados con el Paciente, La Seguridad del Paciente, el Liderazgo y la Gestión de Riesgos.

En el otro extremo está el **grupo de objetivos (c)**, formado por el más amplio conjunto de estándares, cuyo cumplimiento equivaldría a una acreditación por una organización externa, por una organización independiente, sin que esto sea imprescindible.

El **grupo de objetivos (b)**, es una situación intermedia, de avance hacia la “carrera por la excelencia” del grupo (c).



### Esquema de encuadramiento de las UGC/AGC del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Nivel de excelencia en Calidad (c)	<b>1c</b> (nivel intermedio)	<b>2c</b> (nivel intermedio)	<b>3c</b> (nivel de excelencia en gestión clínica)
Nivel de Calidad avanzada (b)	<b>1b</b> (nivel intermedio)	<b>2b</b> (nivel intermedio)	
Nivel básico de Calidad (a)	<b>1a</b> (nivel inicial)		
	Nivel de Gestión básico o inicial (1)	Nivel de Gestión avanzado (2)	Nivel de Gestión máxima (3)

Punto de partida →

### Indicadores de desempeño

El elemento identificador del SINOC es la definición de Indicadores de Desempeño. La intención es que éstos actúen como Guías para el desarrollo de procesos en la UGC/AGC.

Hablar de SINOC es hablar de Indicadores de desempeño.

Cada Objetivo ofrece uno o varios indicadores de desempeño. De este modo se entiende que desempeñadas todas las acciones planteadas en el indicador se habrá alcanzado el objetivo.

La evaluación de la UGC/AGC se realiza a través de la evaluación del despliegue de los indicadores de desempeño.



## Objetivos de Calidad e indicadores de desempeño para las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria

La experiencia piloto de Gestión Clínica en el SESPA se desarrolló en centros de atención primaria.

Por tanto el SINOC-AP (SINOC-Atención primaria), fue el primero en desarrollarse y el germen de los demás desarrollos.

*Como ejemplo*, se muestra la organización en grupos de objetivos e indicadores.

Detalles sobre los objetivos e indicadores de atención especializada y la descripción en detalle de todos los indicadores pueden consultarse en los documentos complementarios a este SINOC-fundamentos.

### Distribución por Áreas y Grupos de Objetivos del SINOC-AP

Los objetivos de calidad se dividen en 2 grandes áreas y 6 grupos de objetivos.

El total de objetivos es de **33**, de los cuales se obtienen **85** indicadores.

El logro de estos objetivos es progresivo y acorde con el nivel de avance en calidad (a,b,c)

Área relacionada con el paciente	Nº de objetivos	Nº de indicadores
1.-Derechos del paciente	9	14
2.-Seguridad de la asistencia y Gestión de Riesgos	6	18
3.-Evaluación de los pacientes	3	7
4.-Asistencia a los pacientes y Educación	4	15
<b>Área relacionada con los profesionales y la UGC</b>		
5.-Mejora de la Organización y Liderazgo	8	22
6.-Entorno de la Asistencia e infraestructura	3	9
	<b>33</b>	<b>85</b>



## **Objetivos de Calidad e indicadores de desempeño para las UGC / AGC de Atención Especializada**

En el caso de la asistencia especializada no es posible aplicar un sistema único de indicadores ya que cada AGC tiene una cartera de servicios distinta. Para solucionar este problema se diseñó el SINOC-AE con diferentes módulos.

Como su nombre indica se trata de un sistema modular y sus elementos se aplican a cada una de las AGC en función de sus características.

Los módulos considerados básicos son los siguientes:

- Módulo común: Derechos del paciente, Asistencia a los pacientes y educación, Mejora de la organización y liderazgo, Competencia profesional, docencia e investigación, Entorno de la asistencia e infraestructura.
- Módulo Hospitalización: Acogida, Asistencia médica y Cuidados de enfermería, Hostelería, Alta.
- Módulo Consultas: Recepción de la petición de consulta y citación del paciente, Asistencia médica en la consulta, Alta o seguimiento.
- Módulo Cirugía
- Módulo Anestesia
- Módulo Laboratorios
- Módulo Radiología

Las AGC de Atención Especializada deben desarrollar indicadores del módulo común y del resto de módulos que les aplique (hospitalización, consultas, etc.) en virtud del tipo de asistencia que presten.





### Distribución por Módulos de Objetivos del SINOC-AE

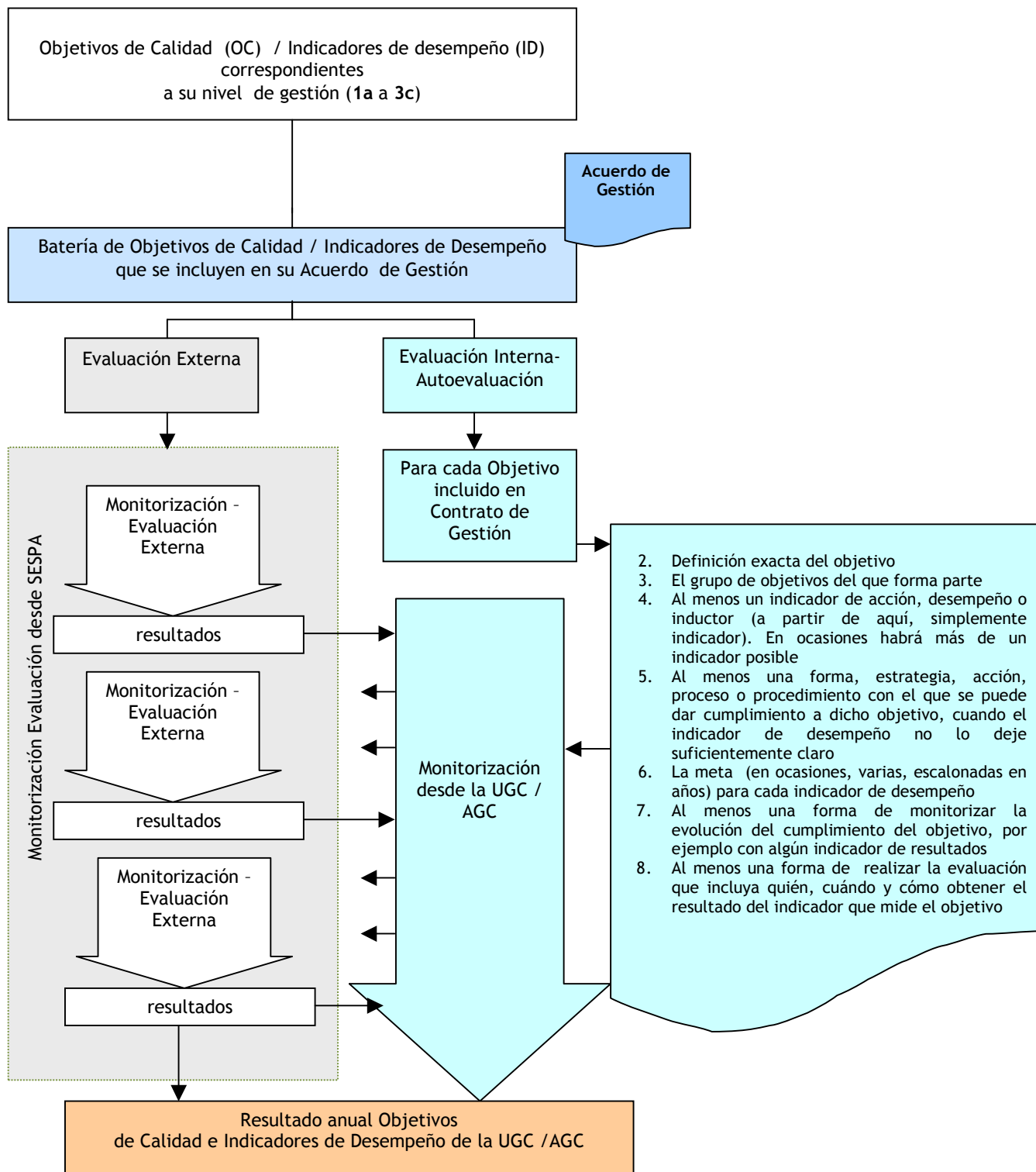
SINOC-AE: 152 indicadores

SINOC-AE: nivel (a) 59 / nivel (b) 51 / nivel (c) 42

Módulo Común (74 indicadores)	Módulo Hospitalización (19 indicadores)	Módulo Laboratorios (23 indicadores)
	Módulo Cirugía (8 indicadores)	Módulo Anestesia (6 indicadores)
	Módulo Consultas (5 indicadores)	Módulo Radiología (17 indicadores)



El siguiente gráfico muestra el flujo de acontecimientos relacionados con la determinación, monitorización y evaluación de objetivos a lo largo de un año en una UGC /AGC





## DAIME

En una situación ideal, en manos de expertos, el **seguimiento** de los indicadores de desempeño debería contemplar todos los aspectos incluidos en este documento ya desde el nivel A de calidad.

Se ha diseñado un modelo de seguimiento de los Indicadores de Calidad de complejidad de aplicación progresiva acorde a la creciente dificultad que supone el avance en el encuadramiento de las Unidades y Áreas de Gestión Clínica.

DAIME es el acrónimo de “Documentado-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado”.

El DAIME es el método de seguimiento de Indicadores del SINOC diseñado por el SESPA.

Las tres herramientas basadas en el DAIME desarrolladas y que se explican en este documento son:

- DAIME\_básico
- DAIME\_extendido
- DAIME\_metas

### Ámbito de aplicación

#### *DAIME\_básico*

- Académico o educativo. No se utiliza en el seguimiento de las UGC / AGC

#### *DAIME\_extendido*

- Obligatorio para las UGC/AGC de nivel “A”
- Obligatorio para las UGC/AGC de nivel “B” (primer año)
- Obligatorio para las UGC/AGC de nivel “B” (segundo año)
- Obligatorio para las UGC/AGC de nivel “C” (primer año)

#### *DAIME\_metas*

- Opcional para las UGC/AGC de nivel “A” y de nivel “B”
- Opcional para las UGC/AGC en el primer año de acceso al nivel “C”
- Obligatorio y de implantación progresiva para las UGC/AGC con más de 1 año en el nivel “C”



### **Escalado de la implantación de un indicador (por dispositivos asistenciales, categorías profesionales, etc)**

**Escalado:** consiste en la implantación o monitorización de forma escalonada a lo largo de distintos ejercicios de un indicador de calidad.

Esto permite, que AGC/UGC de gran tamaño puedan abordar un indicador **planificando** previamente una implantación progresiva: por ejemplo por centros o dispositivos de que dispone o por perfil profesional.

También permite abordar de forma escalonada en el tiempo aquellos indicadores muy complejos o difíciles de implantar.

El escalado se refiere siempre a la implantación o a la monitorización de un indicador en relación con los distintos dispositivos asistenciales de los que consta la AGC/UGC o en relación con las distintas categorías profesionales que trabajan en la misma.

Nunca puede escalarse por pasos DAIME del indicador.

Es imprescindible que exista un **documento de escalado**, donde se refleje la planificación que realiza la AGC/UGC respecto a los indicadores que ha escalado: las fechas de implantación y/o monitorización en los dispositivos y/o grupos profesionales en los que ha escalado el indicador. **El plan de escalado debe quedar formalmente explicitado en un documento.**

Ejemplo:

Podemos escalar el indicador H 7.3.- *La AGC facilita a todos los pacientes, previa VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL y sus necesidades, una dieta conforme a sus modelos estandarizados. Dispone de ORDEN DE ALIMENTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA. La distribución de los alimentos se realiza según los horarios y respeta las condiciones de conservación establecidas.*

Podemos establecer el escalado de este indicador para una planta hospitalaria concreta (en la que nos resulte más fácil abordar el indicador el primer año por el motivo que sea) y esto debe quedar siempre reflejado en el documento de escalado, que también especificará el marco temporal de abordaje en el resto de las plantas de hospitalización del área o unidad: “...en el ejercicio 2012 se implantará el indicador en la planta de hospitalización de Otorrino, y en 2013 en la planta de hospitalización de Maxilo-facial...”. Pero lo que no es



aceptable es escalar el indicador, es decir, "...en 2012 abordaremos la valoración del estado nutricional en nuestro área, y en 2013 se implantará la orden de alimentación en todas las HC, y en 2014 se abordará la distribución correcta de los alimentos y su estado de conservación...".

Tampoco es aceptable escalar la implantación de aquellos indicadores que estén **regulados por ley**: consentimiento informado, confidencialidad, gestión de quejas y reclamaciones, carta de derechos y deberes, etc.

Tampoco podemos escalar aquellos indicadores que se refieran a la **seguridad del paciente**: identificación inequívoca de pacientes, mejorar la comunicación efectiva, seguridad de medicación de alto riesgo, etc.

Hay que distinguir el escalado de un indicador con la **implantación progresiva** del mismo. Hay indicadores que por su complejidad invitar a un abordaje progresivo, que no escalado, como por ejemplo las Pruebas a la cabecera del paciente: parece lógico que el abordaje del indicador sea de forma progresiva, abordando una o dos pruebas cada año, e ir incorporando otras en ejercicios posteriores. Igual ocurre con las guías clínicas, estos indicadores no se escalan sino que se van abordando de forma gradual o progresiva.



## Anexo 1

# **Ponderación de Objetivos e Indicadores. Acceso a incentivos y Paso de nivel de gestión**

(ejemplo: UGCs de Atención Primaria)



### Estrategia de ponderación

La Ponderación no es más que una puesta en valor de cada uno de los objetivos e indicadores.

La simple gradación en tres fases (a, b, c) de objetivos e indicadores ya pone de manifiesto la ponderación, el valor que el SESPA otorga a cada objetivo e indicador.

Por tanto, una vez constituido el grupo de objetivos e indicadores para cada nivel a, b y c, no existe una argumentación contundente para otorgar más valor a un indicador respecto a otro.

De este modo y mientras la evolución de las UGC no demuestren lo contrario, para cada nivel (a, b y c) cada indicador tendrá el mismo peso.

Habida cuenta que para cada nivel (a, b, c) se priman unos objetivos sobre otros y por tanto un mayor número de indicadores para un determinado objetivo, ello trae como consecuencia que los objetivos adquieren un peso diferente.

La siguiente Tabla muestra el cálculo del peso específicos de cada indicador.

	Total de indicadores	Peso de cada indicador	Total ponderación
Nivel a	23	4,34	100
Nivel b	50	2	100
Nivel c	85	1,18	100

La siguiente Tabla muestra los pesos específicos calculados para cada objetivo

Grupos de Objetivos		Nivel a (*)		Nivel b (*)		Nivel c (*)	
		Nº indicadores	Peso de cada grupo	Nº indicadores	Peso de cada grupo	Nº indicadores	Peso de cada grupo
Área relacionada con el paciente	1.-Derechos del paciente	7	30,38	9	18	14	16,52
	2.-Seguridad de la asistencia y Gestión de Riesgos	5	21,7	12	24	18	21,24
	3.-Evaluación de los pacientes	1	4,34	2	4	7	8,26
	4.-Asistencia a los pacientes y Educación	1	4,34	4	8	15	17,7
Área profesionales y UGC	5.-Mejora de la Organización y Liderazgo	4	17,36	15	30	22	25,96
	6.-Entorno de la Asistencia e infraestructura	5	21,7	8	16	9	10,62
Totales		23	100	50	100	85	100

(\*) redondeado a 2 decimales



### Cumplimiento de Objetivos de Calidad. Puntos necesarios para la percepción de incentivos y para el paso de nivel de gestión.

Existen dos límites inferiores de puntuación a obtener:

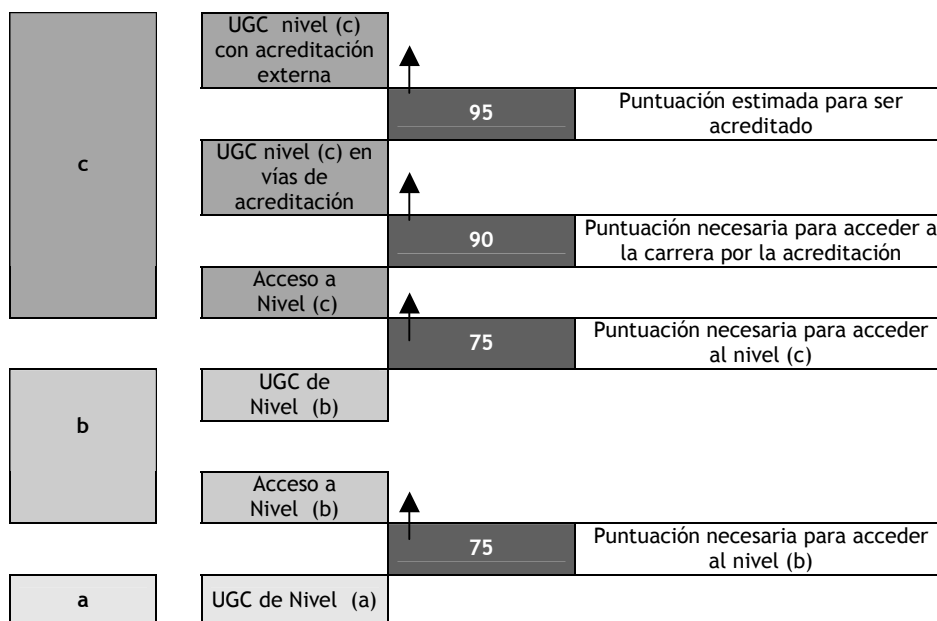
1. Mínimo de puntos para la percepción de incentivación
2. Mínimo de puntos para optar al paso de nivel de gestión

En todo caso deben tenerse en cuenta que tanto la percepción de incentivos como el paso de nivel de gestión también dependen del grado de cumplimiento en Contrato-programa de SESPA y en Objetivos de gestión

La tabla muestra el **mínimo de puntos exigido** por cada nivel de calidad

	Percepción de incentivos	Paso al nivel superior	Tiempo estimado de permanencia en este nivel	Tiempo máximo hasta revisión de idoneidad del nivel
Nivel a	75	75	1 a 2 años	3 años
Nivel b	75	75	1 a 3 años	3 años
Nivel c	75	90-95 (*)		3 años

(\*)90 son los puntos necesarios para iniciar el proceso de acreditación externa de la UGC.  
(\*)95 son los puntos estimados para alcanzar dicha acreditación.







### **Revisión de idoneidad del nivel de Gestión de la Calidad asignado**

Cuando una **UGC del nivel (a) y (b)** llegue al tiempo máximo estimado (3 años), sin haber logrado objetivos de calidad se impone la revisión de la idoneidad de su encuadramiento en dicho nivel de calidad, sin que esto signifique necesariamente un descenso automático en el mismo.

A la vista de la información facilitada por la UGC, en colaboración con la Gerencia correspondiente y la propia UGC se planteará la decisión que se estime oportuna. Por norma general resulta viable conceder un 4º año de prórroga para reevaluar la situación de la UGC, pero siempre y cuando al finalizar el 3º año se haya realizado una revisión de la situación tal y como se acaba de plantear.

A modo de ejemplo se pueden plantear algunos escenarios

- Una UGC de nivel (a) podrían perder su condición de UGC si al finalizar el 4º año no alcanza puntuación para avanzar al nivel (b).
- Las UGC de nivel (b) podrían perder su nivel, descendiendo al nivel (a) si al finalizar el 4º año no alcanza niveles para avanzar al nivel (c).

Las **UGC del nivel (c)** mantendrá su nivel de calidad, siempre y cuando mantenga el nivel mínimo de puntuación exigido.

En todo caso deben tenerse en cuenta que estas decisiones dependen también del grado de cumplimiento en Contrato-Programa de SESPA y en Objetivos de Gestión.



## Fuentes documentales empleadas

1. Joint Commission International. Estándares para la Acreditación de centros de Atención primaria. Primera edición, Julio 2008.
2. Servicio Andaluz de Salud. Guía para elaborar el acuerdo de gestión clínica año 2008.
3. Estándares de Calidad del sistema de acreditación de calidad de los centros y unidades sanitarias del servicio publico de Andalusi. BOJA, nº 153 de 11 de agosto del 2003.
4. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Documento general de certificación de servicios (rev 1), 2008.
5. Junta de Extremadura. Manual de Estándares del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura, 2004.
6. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Acreditación de organizaciones sanitarias: áreas para la evaluación, 2002.
7. Ferrando M, Graneo J. Calidad Total: modelo EFQM de excelencia. FC editorial; Madrid, 2005.
8. López S. Implantación de un sistema de calidad. Ideas propias editorial; Vigo, 2006.
9. Díaz C, Suárez R, Navia-Osorio JM. EVA-AP. Evaluación de centros de atención primaria. SESPA, Área de Calidad, 2008.
10. Díaz C, Suárez R. Una propuesta simplificada para iniciar un proceso de calidad en un EAP. SESPA, Área de Calidad, 2008.