



# TRABAJO FIN DE MÁSTER

## DISEÑO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD ASISTENCIAL PARA CENTROS AMBULATORIOS DE UNA MUTUA LABORAL

**Alumno:** Moya Alcocer, Diego

**Tutor:** Macia Soler, Loreto

**Máster Universitario en Gestión Sanitaria**

**Curso: 2020-2021**

## Índice

<b>A. PRESENTACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>B. PLAN ESTRATÉGICO</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Definición estrategia y valores</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Introducción</b> .....	<b>4</b>
2.1 Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social .....	4
2.2 Sistemas de acreditación .....	5
<b>3. Análisis de la situación</b> .....	<b>6</b>
3.1 Análisis interno .....	6
3.1.1 Temas pendientes de los planes de calidad sanitaria anteriores .....	6
3.1.2 Percepción de los pacientes .....	6
3.1.3 Percepción profesionales: Encuesta a profesionales sobre las prioridades del Plan de Calidad Sanitaria 20-22.....	7
3.2 Análisis externo .....	8
3.2.1 Cambios en el entorno económico, laboral y político relacionados con las mutuas .....	8
3.2.2 Cambios en el sector de mutuas .....	8
3.2.3 Situación de la pandemia .....	8
3.3 Análisis DAFO .....	9
<b>4. Estrategia</b> .....	<b>9</b>
4.1 Estrategia en Calidad Sanitaria en MC MUTUAL .....	9
4.2 Organización de la calidad .....	10
<b>5. Hipótesis y objetivos generales y específicos</b> .....	<b>11</b>
5.1 Hipótesis .....	11
5.2 Objetivo general .....	11
<b>6. Plan de acción</b> .....	<b>12</b>
6.1 Planificación .....	12
6.2 Metodología .....	13
6.2.1 Selección de Estándares .....	13
6.2.2 Ficha de cada estándar .....	14
6.2.3 Método de puntuación .....	14
6.3 Fases de aplicación del modelo .....	14
6.3.1 Autoevaluación .....	14
6.3.2 Plan de mejora .....	15
6.3.3 Evaluación experta .....	15
6.3.4 Seguimiento y plan de mejora .....	16
6.3.5 Benchmarking entre centros asistenciales .....	16
6.4 Fases de la implantación .....	16
6.4.1 FASE 1: Prueba piloto inicial .....	16
6.4.2 FASE 2: 2ª prueba piloto .....	17
6.4.3 FASE 3: Primera autoevaluación de centros .....	17
6.4.4 FASE 4: Elaboración de planes de mejora .....	17
6.4.5 FASE 5: Segunda autoevaluación .....	17
6.4.6 FASE 6: Evaluación externa .....	17
6.4.7 Equipo experto .....	17
6.5 Calendario previsto para el estudio .....	18
<b>7. Limitaciones y posibles sesgos del estudio</b> .....	<b>18</b>
<b>8. Presupuesto</b> .....	<b>19</b>
<b>9. Bibliografía</b> .....	<b>20</b>
<b>C. CONCLUSIONES</b> .....	<b>21</b>
<b>D. ANEXOS</b> .....	<b>22</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>37</b>

## **A. PRESENTACIÓN**

En el entorno socioeconómico actual y con las previsiones de futuro de las que se dispone, es necesario que desde la calidad y la seguridad del paciente se contribuya a mejorar la eficiencia y se reduzcan los costes de la no-calidad y de la no-seguridad en la atención sanitaria, incrementando la satisfacción de usuarios y profesionales (1). Los resultados de la optimización de los procesos, así como de la aplicación de programas e iniciativas de seguridad del paciente que han demostrado su eficacia a nivel nacional o internacional, si bien no se obtienen a corto plazo, hacen la organización mucho más sostenible a medio y largo plazo. Asimismo, hay que tener presente en todo momento que lo que se pretende es una calidad efectiva, que llegue de manera real a las personas y que no se quede en aspectos de cumplimiento formal o sobre el papel de determinados requerimientos externos (2).

**El presente trabajo forma parte del proyecto de mejora de la calidad asistencial de los centros ambulatorios de una mutua laboral. El marco de actuación es el actual Plan de Calidad de MC MUTUAL, que se inserta en el Plan Estratégico de la organización.** Este Plan estratégico define como una de sus iniciativas básicas el mantenimiento de las actividades de calidad sanitaria y la definición del nuevo PCS 20-22, destacando sus relaciones con las prioridades de Personas y Cliente, con cercanía a las prioridades de Innovación y Resultados.

Entre los dispositivos asistenciales de MC MUTUAL existe una cierta variabilidad en la práctica asistencial. Esta variabilidad se explica en parte por la dispersión geográfica entre los dispositivos de la mutua, que hace que la estrategia en calidad llegue con diferente intensidad. Un sistema que permita monitorizar la práctica asistencial y comparar los resultados obtenidos sería una herramienta útil para hacer los ajustes necesarios. El nuevo Plan de Calidad de la mutua define como prioridad la necesidad de trabajar para mejorar la proximidad a los centros asistenciales. Las acciones de calidad sanitaria en la actuación clínica o evaluadora se desarrollan preferentemente junto al paciente. Siendo muy importantes las características generales de prestación del servicio, descentralización asistencial y condiciones laborales, todas ellas deben considerarse para cada paciente, cada profesional y cada centro.

## B. PLAN ESTRATÉGICO

### 1. Definición estrategia y valores

El Plan de Calidad Sanitaria se enmarca en el Plan Estratégico de MC MUTUAL. Concretamente, en la propia **misión** de la Mutua, ya se define la apuesta de la organización por actuar de manera responsable y garantizar una asistencia sanitaria de calidad, eficiente y eficaz (3):

#### Misión de MC MUTUAL

##### **Cuidar de la salud laboral de las personas, de forma responsable**

- Garantizar una asistencia sanitaria de calidad, eficiente y eficaz para lograr la curación de los trabajadores lesionados.
- Garantizar la protección económica correcta para los trabajadores en periodo de incapacidad para el trabajo.

Asimismo, en el marco del desarrollo estratégico, el concepto de calidad se deriva también de la **visión de futuro** de MC MUTUAL:

#### Visión de futuro de MC MUTUAL

Ser mutua de referencia,  
a partir de un servicio responsable e innovador;  
mediante una gestión basada en la profesionalidad y  
el compromiso del equipo y en la eficiencia de los recursos;  
contribuyendo a la mejora de la salud laboral y el bienestar de la sociedad.

Los **valores** que MC MUTUAL pretende transmitir a los distintos grupos de interés, la voluntad de la organización por la búsqueda de la calidad:

#### Valores de MC MUTUAL

<b>Credibilidad</b>	Una buena gestión y unas actuaciones con criterios de calidad.
<b>Compromiso y honestidad de los empleados</b>	El equipo humano de MC MUTUAL es el motor de la entidad.
<b>Proximidad y respeto a las personas</b>	La cercanía y la consideración con los trabajadores protegidos

### 2. Introducción

#### 2.1 Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social

Las MCSS son entidades que nacen con la segunda revolución industrial, en el marco de una profunda renovación de los modos de vida y de producción del mundo desarrollado. Los empresarios asumen la responsabilidad del riesgo de accidentes y enfermedades que comporta el trabajo remunerado, y lo consolidó en un sistema propio de respuesta a estas eventualidades (4).

Así se crearon numerosas entidades mixtas, aseguradoras y asistenciales, que dieron respuesta a las inquietudes de los empresarios para proteger a sus trabajadores frente a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El sector de mutuas laborales tiene un volumen de gasto de 13.500 millones de euros (datos del 2019). El gasto sanitario representa algo más del 10 % de este gasto, es decir en torno a 1.400 millones de euros. Esto representa cerca del 2 % de lo que gasta el sector sanitario público y del 5 % del sector sanitario privado en España (5).

En cuanto a los enfoques sobre la calidad asistencial, el sector de las mutuas laborales en España, se consolidan en torno al año 2000 con los procesos de certificaciones de la norma ISO 9001, el modelo EFQM y la acreditación HQ en la mayoría de estas entidades. Posteriormente, en 2010, nace la norma UNE 179003, fruto de la necesidad de mejorar los aspectos de la asistencia a los pacientes que inciden en su seguridad (6).

## **2.2 Sistemas de acreditación**

Existen en los sistemas sanitarios, como en otros sectores (automóviles, industria, farmacéutico, etc.) diferentes métodos que acreditan el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad sanitaria por parte de los centros sanitarios (7).

A nivel internacional, encontramos iniciativas muy consolidadas como la acreditación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

En Europa destaca el modelo EFQM de **Calidad y Excelencia**. Creado en los años 80, como vía para la autoevaluación y la determinación de los procesos de mejora continua en entornos empresariales (8).

A nivel nacional, destacan el Modelo de Acreditación del Departament de Salut catalán (**MADS**), que desarrolla un modelo mixto basado en el modelo de la EFQM y el de la Joint Commission. Dispone de versiones para los centros hospitalarios y, muy recientemente, para los centros de atención primaria. También la **Consejería de Salud de Andalucía**, en colaboración con la Agencia de Calidad Sanitaria regional ha implantado manuales de estándares de calidad para los centros del sistema sanitario andaluz y otros tipos de dispositivos sanitarios (9,12).

MC MUTUAL apuesta por implantar un sistema de estándares propio, que tenga en cuenta, además de los aspectos tratados en modelos existentes, los aspectos específicos de modelos mixtos como las mutuas laborales (11).

No tenemos conocimiento de que exista en el sector de las MATEPSS ningún sistema de acreditación ni de evaluación de estándares propio para las actividades sanitarias de las MATEPSS (6).

### **3. Análisis de la situación**

Se realiza un análisis de los elementos internos y externos de la mutua que nos aportan información sobre aspectos a considerar para el desarrollo de la estrategia en calidad. Este trabajo nos permite definir un análisis DAFO que tiene en cuenta los aspectos relevantes que se relacionan con el proyecto.

#### **3.1 Análisis interno**

##### 3.1.1 Temas pendientes de los planes de calidad sanitaria anteriores

Los planes de calidad sanitaria formulados anteriormente han tenido un buen grado de desarrollo, con porcentajes de cumplimiento entre el 75% y el 80% de las acciones e indicadores previstos.

##### 3.1.2 Percepción de los pacientes

###### 3.1.2.1 Encuestas de satisfacción

Actualmente, en los centros asistenciales los cuestionarios se dirigen a pacientes sometidos a supervisión médica de su incapacidad (CC), pacientes atendidos por accidente de trabajo (CP), pacientes en rehabilitación (RHB) y pacientes en urgencias (URG). En las clínicas las encuestas se dirigen a pacientes dados de alta. Las puntuaciones globales de satisfacción de los pacientes en los centros asistenciales muestran valores altos:

SERVICIOS	2017	2018	2019
Urgencias	9,0	8,9	8,6
Contingencia profesional	8,7	8,6	8,5
Contingencia común	8,9	8,6	8,3
Rehabilitación	8,8	8,7	8,5
<b>Valor Promedio</b>	<b>8,8</b>	<b>8,7</b>	<b>8,5</b>

Tabla 1: Índices de satisfacción en centros asistenciales

###### 3.1.2.2 Experiencia del paciente

La experiencia del paciente se revisa en base a una metodología cualitativa que permite la interacción y el compartir relatos de distintas personas que se

encuentran en diversas fases clínicas y asistenciales de su enfermedad. Se muestran los principales resultados del análisis de tres grupos focales con esta metodología:

Aspectos **positivos** que se repiten:

- Competencia profesional.
- Buen trato de los profesionales sanitarios.
- Rapidez en la atención.

Aspectos **negativos** que se repiten:

- Excesiva variabilidad en la información sobre los derechos y deberes del paciente en la mutua.
- Desconfianza hacia el paciente ante la situación de baja laboral.
- Falta de comunicación entre los diferentes profesionales (especialidades) que atienden al paciente.

### 3.1.3 Percepción profesionales: Encuesta a profesionales sobre las prioridades del Plan de Calidad Sanitaria 20-22

Se realiza una encuesta de percepción de profesionales con el objetivo de recoger las opiniones sobre los aspectos que deben ser prioritarios en el nuevo Plan de Calidad 20-22.

La tabla siguiente muestra la valoración de cada uno de los objetos considerados respecto a su situación actual y respecto al impulso que se debe dar en el futuro Plan de Calidad Sanitaria.

	Desarrollo actual	Necesidad de impulso
• <b>Construir estándares de calidad sanitaria para centros asistenciales, clínicas y proveedores sanitarios</b>	7,5	8,5
• <b>Reforzar enfoque local y cercanía para las acciones en calidad sanitaria</b>	7,2	8,6
• Aprender de los riesgos de las actuaciones y de los errores cometidos	7,9	9,0
• Atender a las primeras y segundas víctimas de nuestras actuaciones	7,8	8,9
• Actuar de acuerdo a la experiencia de los pacientes	7,4	8,5
• Aprender de la experiencia de los profesionales: Cultura y Antena de calidad	7,5	8,7
• Revisar la práctica clínica y evaluadora como instrumento de mejora	7,6	8,8
• Colaborar con el Plan de Gestión del Conocimiento para reforzar el aprendizaje profesional con sesiones clínicas y comunidades de aprendizaje	7,2	9,0
• Colaborar con el Plan de Gestión del Conocimiento para actualizar la formación específica en calidad sanitaria para líderes sanitarios y de gestión	7,4	8,9
• Colaborar en el impulso y evaluación de las nuevas tecnologías (HIS, Telemedicina, RHB)	7,4	8,9
• Orientar las certificaciones y acreditaciones utilizadas en una entidad mutual	7,7	8,3
• Desarrollar Buenas Prácticas, Comunidades Científicas y presencia institucional permanente de MC MUTUAL	7,6	8,7

## 3.2 Análisis externo

### 3.2.1 Cambios en el entorno económico, laboral y político relacionados con las mutuas

Se destacan algunos cambios en el entorno económico, laboral y político relacionado con las mutuas y que pueden tener impacto en el PCS:

- Incremento de la siniestralidad y el absentismo.
- Estrategias de potenciación de sinergias en el sector de mutuas.

### 3.2.2 Cambios en el sector de mutuas

Se han producido en los últimos años una serie de cambios en el sector de las Mutuas:

- Plena incorporación de los trabajadores autónomos
- Alianzas entre mutuas (+Compromiso, RAMA, SUMA, Alianza Fremap-Mutua Universal-Solimat)
- Empeoramiento significativo de los resultados
- Restricción de la oferta de médicos asistenciales y evaluadores

### 3.2.3 Situación de la pandemia

Se ha elaborado un Plan de Contingencias específico para los centros asistenciales con la finalidad de dar respuesta a las nuevas necesidades y riesgos detectados. Este Plan consta de: Análisis de situación, Posibles Escenarios, Actuaciones y Sistema de comunicación y Formación. Los escenarios que se dibujan marcan las actuaciones a realizar:

Escenario	Dirección y Gestión de la crisis	ACTUACIONES
1. Escenario de Estabilidad	- Activar Comité de Seguridad del Paciente	i. Medidas de prevención de aerosoles ii. Revisión protocolos críticos (limpieza, vigilancia salud y Test - PCR vs Test rápidos-) iii. Activar atención telemática iv. Vigilar aforos
2. Más infección en pacientes habituales	- Activar Comité de continuidad del negocio/Comité de Seguridad del Paciente - Iniciar comunicación con la Autoridad Sanitaria	
3. Inicio de trabajo para el sistema público de salud	- Responder a las propuestas de la Autoridad Sanitaria	i. Revisión medidas de prevención y protección personal (coordinación con vigilancia de la salud) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Redefinición de Espacios</li><li>▪ Revisión de circuitos (profesionales y pacientes)</li></ul> ii. Criterios de priorización actividad (consultas y rehabilitación) iii. Adaptar los criterios de derivación de pacientes iv. Elaborar protocolos específicos de actuación para las nuevas actividades v. Formación y adaptación de los profesionales (neumología, PCR)
4. Interrupción de la actividad habitual y trabajo para el sector público de salud	- A disposición de la Autoridad sanitaria	

Figura 1: Escenarios Covid. Reunión de control del Comité de Seguimiento de Calidad Sanitaria



### 3.3. Análisis DAFO

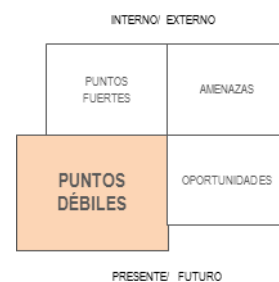
#### Puntos fuertes

- Estructura – dispositivos sanitarios: Amplia red asistencial y hospitalaria
- Actitud, motivación, implicación y compromiso de las personas
- Metodología desarrollada: Uniformidad protocolos



#### Puntos débiles

- Variabilidad en la práctica asistencial entre centros
- Resistencias al cambio
- Dificultades para la comunicación entre centros asistenciales



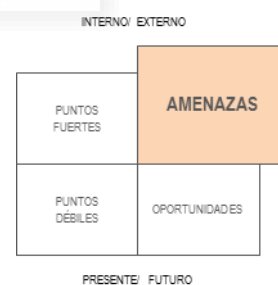
#### Oportunidades

- Mejor percepción social de la calidad y seguridad
- Desarrollo tecnológico - potenciación de las TIC en el sector sanitario
- Cambios en el sector sanitario: Crisis en la sanidad pública



#### Amenazas

- Incremento de la siniestralidad laboral (pandemia)
- Cambios legislativos
- Ajustes presupuestarios e impacto sobre los recursos necesarios (pandemia)



## 4. Estrategia

### 4.1 Estrategia en Calidad Sanitaria en MC MUTUAL

Hace unos años, con el ánimo de mejorar, la Dirección General lideró el primer Plan de Calidad Sanitaria (PCS) de MC Mutual. Este plan inicial (PCS 14-16) se evalúa y reformula cada tres años (PCS 17-19 y ahora PCS 20-22) para adaptarse a las necesidades de la organización en cada momento, definiendo los instrumentos, objetivos y actuaciones a realizar durante el periodo indicado, además de revalidar la vigencia de la Política de Calidad Sanitaria establecida por la Dirección General de MC MUTUAL.

El enfoque del PCS 20-22 se dirige a añadir valor, a integrar y a medir (evaluar) el conjunto de actuaciones que se proponen. Añadir valor significa poner los intereses de los pacientes, en el marco de las normas profesionales y éticas, Integrar las propuestas de calidad en la atención sanitaria, y Medir (evaluar) para hablar de valor, para garantizar el nivel adecuado de proximidad, para evidenciar que los criterios de guías y protocolos se aplican adecuadamente. (3)

El PCS se fundamenta en **5 Prioridades** de actuación que contienen **12 objetivos estratégicos** y derivan **40 iniciativas**.

Para facilitar la Proximidad de las actuaciones de calidad a los profesionales de primera línea se definen **estándares de calidad (Objetivo 1)** y se refuerza el enfoque local y la cercanía (Objetivo 2).

El PCS 20-22 ha incorporado unas novedades interesantes tanto en su elaboración como en sus propuestas en las que destacan las relacionadas con el uso de las nuevas tecnologías como instrumentos de calidad y las mediciones locales y **Estándares de calidad**. (3)



Figura 2: Evolución de las líneas de actuación de los Planes de Calidad de MC MUTUAL

## 4.2 Organización de la calidad

El Área de Prestaciones Sanitarias y Económicas acoge, entre otros organismos, la **DSMA y las clínicas**, como estructuras sanitarias en las que operan los profesionales sanitarios integrados en centros ambulatorios y clínicas. En el Área también existen organismos de soporte a la planificación y gestión de recursos. Finalmente, en el Área se ubica también la Coordinación de Calidad Sanitaria de MC MUTUAL.

Recursos internos:

- **Coordinación de Calidad:** el coordinador de Calidad y el técnico de calidad son el núcleo de la coordinación de calidad dependiente del Área de Prestaciones Sanitarias y Económicas. Su misión es implantar las herramientas necesarias para conseguir los objetivos del Plan, formar a los profesionales y realizar auditorías en los diferentes centros.
- **Dirección de Servicios Médicos y Asistenciales (DSMA):** responsable de servicios sanitarios, asistenciales y evaluadores.
- **Directores de Unidad de Gestión (DUG):** responsable de gestión de las UGs con visión global del negocio que comporta la garantía de unas prestaciones de calidad adecuadas.
- **Responsables médicos:** responsable en el territorio del soporte a la gestión sanitaria que abarca a diversas UGs
- **Referentes de calidad (CAS):** son profesionales de MC MUTUAL de todas las áreas geográficas que dan soporte a diversas acciones dentro del Plan de Calidad Sanitaria.
- **Profesionales de MC MUTUAL:** sanitarios y no sanitarios, que se implican en diversas actividades, participan en comisiones, grupos de trabajo, etc.

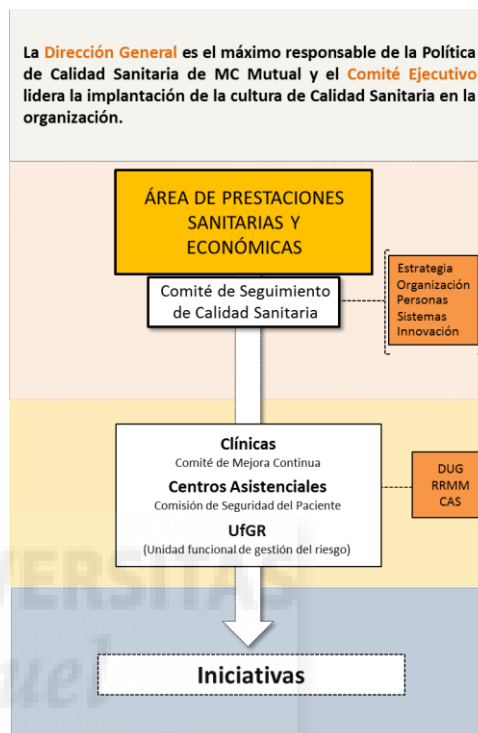


Figura 3: Esquema de la organización de la calidad sanitaria

## 5. Hipótesis y objetivos generales y específicos

### 5.1 Hipótesis

Disponer de un sistema de estándares garantistas de calidad permitiría medir el impacto en aspectos concretos de calidad y seguridad del paciente, reducir la variabilidad entre centros asistenciales y favorecer la proximidad de la estrategia de calidad a los profesionales de primera línea.

### 5.2 Objetivo general

El objetivo principal es dotar a MC Mutual de instrumentos a medida para la mejora continua, a la vez que genera un cambio cultural para orientar la actividad

sanitaria hacia los pacientes, integrando la calidad y la mejora continua en la práctica sanitaria.

### **Objetivos específicos**

- Implantar un sistema de medición de estándares relacionados con la accesibilidad, equidad, seguridad, adecuación y continuidad asistencial en los servicios sanitarios de la mutua.
- Reducir la variabilidad de la práctica asistencial en las patologías más frecuentes.
- Identificar aquellas mejoras pertinentes y necesarias para avanzar, priorizando según las necesidades particulares del centro asistencial.
- Fomenta la relación del equipo de profesionales y las dinámicas de trabajo compartido.

## **6. Plan de acción**

### **6.1 Planificación**

Se trata de un **sistema de medición**. Se definen estándares de calidad sanitaria adaptados a la actividad asistencial y evaluadora. Para evaluar la actividad asistencial se aplican experiencias consolidadas de sistemas de medición de este ámbito. Sistemas de acreditación por estándares como la experiencia catalana o andaluza en hospitales agudos y atención primaria, son dos ejemplos aplicables a los dispositivos asistenciales de la mutua.

En el ámbito de la medicina evaluadora no existen referencias previas, y los elementos evaluables se definen de manera interna siguiendo la opinión de los expertos, poniendo el foco en el cumplimiento de los protocolos y la reducción de la variabilidad entre centros ambulatorios.

Se trata de un **mecanismo para generar cultura**. Medir y compartir información útil, y divulgar esta sistemática a nivel organizativo debe tener un impacto positivo en la cultura organizativa en materia de calidad y de mejora continua de los procesos.

Así, se diseñará un sistema de medición que constará de una autoevaluación, un plan de mejora basado en esa autoevaluación, una revisión externa por parte de un equipo experto y seguimiento del Plan de mejora y sistema de benchmark entre centros ambulatorios.

Además, anualmente se medirá cuantitativamente el nivel de cultura en materia de calidad, a través de encuestas a todos los profesionales sanitarios de los centros ambulatorios.

## **6.2 Metodología**

Se ha considerado que las dimensiones (efectividad y eficiencia) son abordadas por la organización y para el Plan de Calidad Sanitaria con otros mecanismos diferentes a la fijación de estándares y su evaluación.

El modelo de evaluación de estándares sanitarios de MC Mutual es un conjunto de requisitos que reflejan diversas dimensiones de la calidad sanitaria, así como una sistemática para su evaluación continuada, con objeto de crear una dinámica de mejora continua en los centros ambulatorios de MC MUTUAL.

La sistemática de evaluación tiene carácter progresivo, identificando distintos tramos o grados de avance hacia la excelencia. La evaluación de estándares es un proceso dinámico, continuo y evolutivo que refleja y pone de manifiesto no sólo el momento en el que se está sino, y, sobre todo, el potencial de desarrollo y mejora para crecer en calidad del conjunto y de cada uno de los centros ambulatorios de MC MUTUAL.

### **6.2.1 Selección de Estándares**

Los estándares son requisitos que deben cumplir los centros asistenciales. Son patrones de referencia de las buenas prácticas para mejorar la calidad sanitaria. Se han definido en relación con el Plan de Calidad Sanitaria 2020- 2022 de MC MUTUAL.

El modelo consta de **130 estándares**, que corresponden a las siguientes dimensiones de la calidad:


Los estándares pueden ser:

- **50 esenciales:** de obligado cumplimiento
- **80 recomendables:** por el momento no son de obligado cumplimiento, pero en versiones sucesivas del modelo pueden llegar a serlo

### **El proyecto se iniciará con la aplicación de los 50 estándares esenciales**

Para cada estándar se dispone de la siguiente información: Tipo (esencial/recomendable), Dimensión de la calidad asistencial a la que hace referencia, Definición del estándar, Explicación detallada del contenido, y Evidencia que deberá presentarse para justificar el cumplimiento.

## 6.2.2 Ficha de cada estándar

Tipo	Dimensión	Definición	Explicación	Evidencia
	SEG-005	El cumplimiento de la higiene de manos de los profesionales del centro es superior al 40%	El cumplimiento de la higiene de manos del personal sanitario debe evaluarse anualmente mediante observaciones según la metodología estandarizada de la OMS.	Revisar el último informe de observación del cumplimiento de higiene de manos realizado según metodología establecida en el protocolo de higiene de manos de MC MUTUAL

**Tipo de estándar** (según su obligatoriedad):

Esencial  Recomendable

**Código del estándar:** cada estándar tiene un código específico, formado por la abreviatura de la dimensión de la calidad a la que representa y 3 dígitos.

**Definición del estándar:** determina qué se considera calidad. Hace la propuesta de lo que debería hacer el centro para dar asistencia sanitaria de calidad.

**Explicación:** información más detallada de cómo se considera que el estándar se cumple en un centro.

**Evidencia:** expone las evidencias que buscará el evaluador externo para determinar si el centro cumple el estándar.

## 6.2.3 Método de puntuación

Tanto en la autoevaluación realizada por los mismos centros asistenciales como en la evaluación experta externa, se seguirán los mismos criterios para puntuar los estándares:

- La puntuación **de 0 a 2** implica que el estándar no se cumple, y la respuesta indicada es NO
- La puntuación **de 3 o 4** implica que el estándar se cumple, y la respuesta indicada es SI.

Un estándar también puede ser considerado como **no aplicable (NA)**.

Todos los estándares tienen el mismo peso en la puntuación final. El resultado final se obtendrá sumando todos los estándares que se cumplen y expresándolo en forma de porcentaje sobre el total de estándares aplicables. Según la puntuación final, el centro deberá actuar de diversas maneras:

Puntuación final	
Puntuación	Acciones a realizar
< 65%	Plan de mejora y nueva evaluación experta a los 12 meses
65-85%	Plan de mejora y nueva experta a los 18 meses
>85%	Plan de mejora y nueva experta a los 36 meses

## 6.3 Fases de aplicación del modelo

### 6.3.1 Autoevaluación

Los centros, con periodicidad anual, deben puntuarse a sí mismos en cada uno de los estándares que son aplicables. Para ello utilizarán una Herramienta específica.

La autoevaluación será liderada por el director del centro ambulatorio (DUG) con el soporte del referente de calidad del centro, y la colaboración de los

responsables médicos. La Coordinación de calidad colaborará dando el soporte formativo y metodológico que se requiera. La autoevaluación supone un proceso de aprendizaje, por lo que es recomendable que cuente con la participación de profesionales del centro, constituyendo un equipo de autoevaluación.

Para realizar la autoevaluación, se tendrá en cuenta que se debe disponer de evidencia documental de la correcta implantación de cada estándar.

Las autoevaluaciones deben realizarse en el período de tiempo establecido en el apartado de cronograma.

### 6.3.2 Plan de mejora

A partir de la puntuación obtenida, el DUG, junto con el referente de calidad y la colaboración del responsable médico, deberá elaborar un plan de mejora para mejorar la situación y tratar de cumplir los estándares pendientes. La coordinación de calidad dará soporte metodológico proponiendo acciones de mejora de cada estándar no cumplido.

### 6.3.3 Evaluación experta

Consiste en la evaluación del cumplimiento de los estándares sanitarios por parte de evaluadores expertos de MC MUTUAL, externos a los centros asistenciales. Los evaluadores sanitarios, partiendo de la base de la autoevaluación realizada por el propio centro, revisarán la evidencia disponible y puntuarán los estándares según su nivel de cumplimiento.

La visita de evaluación experta se realizará por uno de los evaluadores del grupo de evaluación de los Estándares de Calidad que se constituirá. Constará de unos 15 miembros, procedentes de la División de Servicios Médicos y Asistenciales (DSMA), División de Organización, de DUG o Responsables Médicos, formados específicamente. Se llevará a cabo una vez cada 3 años (si el resultado global del centro es >85% de los estándares), cada 2 años (entre 65% y 85%), y cada año (<65%).

Cada evaluador examinará evidencias mediante diversas técnicas: Observación directa, revisión de documentación: protocolos, procedimientos, registros, etc., revisión de historias clínicas, y entrevistas a profesionales.

Antes de desplazarse a los centros, los evaluadores sanitarios examinarán la documentación disponible en los servicios centrales de MC MUTUAL relativas a

los centros. Solicitarán también a los centros la documentación principal para poder revisarla previamente a la visita.

#### 6.3.4 Seguimiento y plan de mejora

A partir del informe de evaluación experta, el DUG junto con el referente de calidad y con el soporte de los Responsables Médicos pondrán en marcha las acciones y el plan de mejora requeridos para cada situación. Para ello utilizarán el instrumento automatizado *Planes de mejora de la evaluación de estándares*.

#### 6.3.5 Benchmarking entre centros asistenciales

El benchmarking es la comparación de resultados de la evaluación de estándares sanitarios entre los diferentes centros, para fomentar el aprendizaje y la mejora continua a partir de las mejores experiencias.

MC Mutual hará públicas las puntuaciones de todos los centros. Asimismo, se crearán las plataformas adecuadas para poder compartir experiencias y aprender de las más exitosas.

Los Responsables Médicos tendrán un papel muy importante en el uso del benchmarking tanto entre los estándares sanitarios de los centros de su ámbito territorial, como los valores de los restantes centros de MC MUTUAL.

### **6.4 Fases de la implantación**

#### 6.4.1 FASE 1: Prueba piloto inicial (Septiembre 2021)

Se realizará en un centro asistencial grande (para poder testar todos los estándares): Barcelona Diagonal.

Incluirá las siguientes fases:

1. **autoevaluación** por parte de los profesionales del centro: servirá para testar el tiempo total necesario, recoger las dudas sobre los estándares o sobre la metodología y captar la valoración de los profesionales sobre la relevancia de cada estándar.
2. **evaluación externa**: a cargo del auditor o equipo de auditores, revisando la evidencia documental aportada por los profesionales del centro. El objetivo principal de esta evaluación externa es testar el posible nivel de los centros en relación con el conjunto de estándares. Podría servir para determinar el mínimo de estándares que se han de conseguir (criterios de mínimos).



La información recogida durante la prueba piloto servirá para optimizar tanto el contenido de los estándares de calidad como la metodología de evaluación de estos. Se incorporará el feedback de los profesionales asistenciales al proyecto de extensión.

#### 6.4.2 FASE 2: 2ª prueba piloto (Noviembre 2021)

Se realizará en 5 centros asistenciales de toda España, de diferentes tamaños y características. Los resultados no modificarán los estándares, pero sí la metodología de despliegue a todos los centros de MC MUTUAL.

#### 6.4.3 FASE 3: Primera autoevaluación de centros (Enero 2022)

Todos los centros asistenciales de MC deberán autoevaluarse según la metodología definida.

La evaluación se realizará según la metodología descrita en el Manual de estándares de MC. Se dispondrá de un formulario en la intranet de MC, para enviar los resultados a la central. Cada centro recibirá su puntuación y la del global de centros de MC.

#### 6.4.4 FASE 4: Elaboración de planes de mejora (Enero - diciembre 2022)

Los DUGs serán los responsables de elaborar los planes de mejora de sus respectivos centros, con el soporte metodológico del técnico de calidad, en función de los resultados de cada centro.

Los planes de mejora serán revisados por el grupo revisor de expertos, quienes detectarán aquellas acciones comunes a la mayoría de los centros y en las que deberán prestar soporte.

#### 6.4.5 FASE 5: Segunda autoevaluación (Enero 2023)

Todos los centros asistenciales de MC deberán autoevaluarse de nuevo según la metodología definida en el Manual de estándares. Esta autoevaluación será la base para la evaluación externa.

#### 6.4.6 FASE 6: Evaluación externa (Junio 2023)

3 meses después de la 2ª autoevaluación, se empezará a realizar la evaluación externa: 4 auditores que auditarán el 33% de los centros cada año, en ciclos completos de 3 años (años de nuevo ciclo: 23-26)

#### 6.4.7. Equipo experto

Profesionales de la División de Servicios Médicos, Responsables Médicos, profesionales de la División de Organización y Directores de Unidades de

Gestión, con formación en calidad y específica en el modelo de evaluación de estándares, han de realizar las evaluaciones expertas de los centros asistenciales, y elaborar informes de las evaluaciones expertas.

## 6.5 Calendario previsto para el estudio

La aplicación del modelo de evaluación de estándares sanitarios de centros de MC MUTUAL se realizará en ciclos de evaluación de 3 años, correspondientes a versiones sucesivas del Manual de estándares.

Fases del desarrollo	Cronograma
<b>Fase de diseño</b>	
1. Definición de estándares y elaboración del Manual de evaluación de estándares de calidad	Enero – junio 21
2. 1er. piloto de autoevaluación y evaluación especializada	Septiembre 21
3. 2º piloto de autoevaluación y evaluación especializada	Diciembre 21
4. Presentación del Manual de estándares de calidad	Enero 22
<b>1er. ciclo de evaluación</b>	
1. Autoevaluación inicial de todos los centros de MC	Enero 2022
2. Elaboración y aplicación de planes de mejora	Marzo – dic. 22
3. 2ª autoevaluación de todos los centros de MC y elaboración de planes de mejora	Enero 23
4. Evaluación experta (centros <65%)	Marzo – sept. 23
5. 3ª autoevaluación de todos los centros de MC y elaboración de planes de mejora	Enero 24
6. Evaluación experta (centros <85%)	Marzo – sept 24
7. 4ª autoevaluación de todos los centros de MC y elaboración de planes de mejora	Enero 2025
8. Evaluación experta (centros >85%)	Marzo – sept. 25
9. Análisis de resultados y mejora continua del modelo: 2º Manual de estándares	Enero 26

## 7. Limitaciones y posibles sesgos del estudio

Las barreras fundamentales a la implantación del Proyecto estándares pensamos que se relacionan con:

- La complejidad del modelo propuesto: Extensión, Autoevaluación y Evaluación experta.
- Coexistencia con otros sistemas de evaluación interna de la casa con cultura diferente y fuertemente consolidado.
- Sospecha de cargas de trabajo adicionales que se reciben con desagrado por gestores y profesionales sanitarios.
- Cultura organizativa

Además, existen algunas dudas que se deben resolver durante la implantación de las dos fases de pilotaje:

- ¿Los estándares son adecuados a la realidad de nuestros centros?
- ¿Percibirán los profesionales sanitarios que los estándares se relacionan con sus aspiraciones de mejorar su actuación?

- ¿Son excesivos y excesivamente complejos los 50 estándares?
- ¿Es posible una implantación progresiva?

Estas dificultades previstas se han tenido en cuenta. Para desarrollar este proyecto con garantías de éxito, la propuesta de incorporación a la agenda de la calidad sanitaria de MC MUTUAL del proyecto de Estándares debe fundamentarse en:

- Acotar el proyecto: Revisar los 50 estándares esenciales, simplificarlos, disponer de mediciones factibles.
- Minimizar las cargas de trabajo: Centrar la autoevaluación en dos reuniones anuales de los centros, para que puedan analizar y realizar propuestas de corrección y mejora.
- Sinergia máxima con el Departamento de Auditoría Interna de la organización.

## 8. Presupuesto

Los recursos que se van a utilizar son horas de dedicación de recursos internos.

FASE	RECURSOS INTERNOS		
Planificación y Diseño	• 20 horas de dedicación en el diseño del proyecto.	200€	• Coordinación de Calidad
	• 3 reuniones de 2 horas para la validación del proyecto	400€	• Comisión de calidad sanitaria
Pilotaje Autoevaluación	• 2 horas/mes para realizar autoevaluación y recopilar documentación relacionada	60€	• DUG • Responsable Médico • CAS
Planes de mejora	• 1 hora/mes en la puesta en marcha i seguimiento de los planes de mejora	30€	• DUG • Responsable Médico • CAS
Evaluación experta	• Evaluación presencial de 3 horas por cada centro piloto (1+5)	30€	• Técnico de Calidad Sanitaria
Extensión Autoevaluación	• 2 horas/mes para realizar autoevaluación y recopilar documentación relacionada	500€	• DUG • Responsable Médico • CAS
Planes de mejora	• 1 hora/mes en la puesta en marcha i seguimiento de los planes de mejora	250€	• DUG • Responsable Médico • CAS
Evaluación experta	• Grupo de 4 evaluadores dedican 3 horas para cada auditoría (30 centros/año)	3600€	• Técnico de Calidad • Responsable Médico • DUG
Evaluación de resultados	• 10 horas de dedicación en el análisis de resultados	100€	• Coordinación de Calidad
	• Validar resultados y divulgación	30€	• Comisión de calidad sanitaria
<b>Presupuesto estimado total</b>		<b>5300€</b>	

## 9. Bibliografía

1. Patient Safety Culture in Mutual Insurance Companies in Spain. Manzanera R, et al. J Patient Saf 2021 Apr 1;17(3):175-181.
2. Quality Assurance and Patient Safety Measures: A Comparative Longitudinal Analysis. Manzanera R, et al. Int J Environ Res Public Health. 2018 Jul 24;15(8):1568.
3. Plan de Calidad Sanitario MC MUTUAL. MC MUTUAL. Febrero 2020
4. AMAT. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Actualizado a enero de 2013. Madrid: AMAT; Enero 2013 [consultado 27 enero 2021]. Disponible en: <https://www.amat.es/Ficheros/14798.pdf>
5. AMAT. Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social [Internet]. Madrid: AMAT; Julio 2020 [consultado 27 enero 2021]. Disponible en: <https://www.amat.es/Ficheros/FM2020.pdf>
6. Memorias institucionales y páginas web de las 19 mutuas existentes en 2021
7. Joint Commsision International Accreditation Standards for Primary Care. Joint Comission International. 2<sup>on</sup> ed. July 2018.
8. Modelo EFQM. Excelencia y Calidad en la gestión empresarial. Disponible en: <http://www.efqm.es/>
9. Manual de estándares de centros del sistema sanitario de andalucía. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Mayo 2012. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/M anual estandares centros sistema ME2 1 04.pdf>
10. Memoria MC MUTUAL 2019. Disponible en: <https://www.mc-mutual.com/quienes-somos/informacion-corporativa>
11. Acreditació d'equips d'atenció primària a Catalunya: manual d'estàndards. Barcelona: Departament de Salut; 2015. Manual d'estàndards. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11351/1679>
12. Manual de estándares Instituciones sanitarias. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/m anual-de-instituciones-sanitarias.pdf>

## C. CONCLUSIONES

En la elaboración de estos estándares ha participado un equipo de expertos en calidad asistencial y con conocimiento de las particularidades de una red sanitaria como la de MC MUTUAL, que han aunado conocimientos, experiencia y esfuerzos para ofrecer una visión integral de lo que se entiende como servicios sanitarios (asistenciales y evaluadores) de calidad en el entorno de una mutua de ámbito nacional.

El modelo pretende el *benchmarking* o proceso de comparación y aprendizaje continuo entre los diferentes centros asistenciales.

La aplicación de este modelo de evaluación de estándares no sólo es compatible con las otras herramientas existentes en MC MUTUAL en el área de la calidad sanitaria como la certificación ISO 9001, certificación UNE 179003 -seguridad del paciente-, acreditación de las clínicas propias, e iniciativas en seguridad del paciente, etc., sino que presenta numerosas sinergias con dichas iniciativas.

Este Manual de estándares ha sido revisado por el Comité de Seguimiento de Calidad Sanitaria de MC MUTUAL.

El Manual estará sujeto a una continua evaluación para asegurar que sigue constituyendo un elemento incentivador y adaptado a la evolución del entorno, mediante un proceso continuo de revisión y actualización.

**Se espera que este proyecto acompañe a los centros asistenciales de MC MUTUAL en su viaje hacia la mejora continua de la calidad.**

## **D. ANEXOS**

### **Anexo 1: Glosario**

**UGs:** Unidades de Gestión (Centro asistencial)

**DUG:** Director Unidad de Gestión

**CAS:** Referente de Calidad

**RRMM:** Responsables Médicos de Contingencia Profesional

**DSMA:** División de Servicios Médicos y Asistenciales

**CP:** Contingencia Profesional

**CC:** Contingencia Común

**IT:** Incapacidad Temporal.

**EFQM:** European Foundation for Quality Management




**TIC:** Tecnología de la Información y la Comunicación



**PCS:** Plan de Calidad Sanitaria





## Anexo 2: 50 Estándares

### Continuidad asistencial






Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	CON-003	Todos los pacientes que han sido atendidos de urgencia en un centro propio reciben un informe de asistencia completo que estará disponible en la historia clínica, visible para todos los niveles asistenciales dentro de MC	El informe debe estar completo, conteniendo todos los ítems requeridos en el 'modelo de informe de primera visita de MC de la DSMA. Se refiere a visitas no programadas (urgentes)	Revisar 5 historias clínicas entre el listado de los pacientes atendidos de urgencia en los últimos 3 meses. Comprobar que existe: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antecedentes. Personales y Patológicos. Laborales</li> <li>2. Resumen de la historia clínica</li> <li>3. Enfermedad actual</li> <li>4. Exploración física</li> <li>5. Pruebas complementarias</li> <li>6. Orientación diagnóstica</li> <li>7. Plan terapéutico</li> <li>8. Acuse de recibo</li> </ol> Los informes deben estar correctamente redactados, sin abreviaturas ni faltas de ortografía, y deben ser inteligibles.
	CON-006	Las solicitudes de pruebas complementarias incluyen la información relevante para los profesionales que deberán realizar, valorar e informar la prueba complementaria	Prueba complementaria: acto clínico aislado, que puede incluir la práctica, valoración e informe de un especialista. Incluye peritajes puntuales en que el especialista sólo emite una valoración. Información relevante para los diferentes tipos de pruebas se consideran los antecedentes patológicos, el motivo de la prueba, la urgencia y otras observaciones de interés.	Revisar 5 solicitudes de pruebas complementarias (TAC, RMN, ecografía, pruebas de alergia) realizadas en los últimos 3 meses y comprobar que la información facilitada por el médico prescriptor contenga: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antecedentes patológicos</li> <li>2. Motivo de la solicitud</li> <li>3. Urgente S/N</li> <li>4. Observaciones</li> </ol>
	CON-011	Todas las pruebas complementarias que lo precisen tienen un informe firmado por el profesional adecuado	Aplicable a pruebas realizadas en MC Mutual y en centros ajenos. Se refiere a todas las pruebas a excepción de las radiografías simples. El informe debe estar firmado por el profesional que interpreta la prueba.	

Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	<b>CON-016</b>	El fisioterapeuta registra las actuaciones realizadas, las incidencias durante el tratamiento y las recomendaciones	La notas del fisioterapeuta se registrarán en la historia clínica individual del paciente, y será accesible por otros profesionales sanitarios. Se constatarán las actuaciones, incidencias ocurridas durante el tratamiento y las recomendaciones que se consideren oportunos. En caso de centros ajenos, se recibe un informe detallado con la misma información.	Revisar el listado de pacientes que han finalizado tratamiento rehabilitador en centros MC o ajenos. Comprobar, para 5 de ellos, que en sus historias clínicas están registradas las actuaciones realizadas, las incidencias durante el tratamiento y las recomendaciones del fisioterapeuta.
	<b>CON-018</b>	La primera sesión de rehabilitación se realiza dentro del plazo establecido por los protocolos asistenciales de cada patología	Los protocolos asistenciales de cada patología definen el plazo para el inicio de la rehabilitación según patologías (intervalo entre el inicio de la baja y la 1ª sesión de rehabilitación)	Revisar el listado de pacientes que han finalizado tratamiento rehabilitador en centros MC o ajenos. Comprobar, para 5 de ellos, que el plazo entre la el inicio de la baja y la 1a. sesión de fisioterapia está dentro del plazo establecido para los 3 diagnósticos más prevalentes en CP y CC. Los diagnósticos definidos son: 3 Diagnósticos CP: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lumbalgia</li> <li>2. Esguince ligamentos tobillo</li> <li>3. Cervicalgia</li> </ol> 3 Diagnósticos CC: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lumbago</li> <li>2. Ciática</li> <li>3. Cervicalgia</li> </ol>










Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	<b>CON-019</b>	<p>Las solicitudes de ingreso y/o intervención quirúrgica incluyen la información relevante para los profesionales que deberán hacerse cargo de la asistencia en hospitalización</p>	<p>La información relevante es aquella definida en el procedimiento 'MOCPC01- Procedimiento de interconsulta con clínica MC y circuito de autorización de intervenciones quirúrgicas en todo el territorio nacional' definido por la DSMA. Se aplica tanto en ingresos/ cirugía en centros propios como ajenos.</p>	<p>Revisar 5 historias clínicas entre el listado de los pacientes ingresados y/o operados en los últimos 3 meses (en centros propios y ajenos). Comprobar que existe una solicitud de ingreso/ de intervención completa, con todos los ítems requeridos en el procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. N° H. Clínica</li> <li>2. N° Proceso Clínico</li> <li>3. Paciente</li> <li>4. Causa Baja: Sí / No</li> <li>5. Fecha baja</li> <li>6. Médico Solicitante</li> <li>7. Motivo</li> <li>8. Tipo de Cirugía</li> <li>9. Centro</li> <li>10. Cirujano</li> <li>11. Procedimiento CIE9</li> <li>12. Diagnóstico STD (Código)</li> </ol> <p>Los informes deben estar correctamente redactados, sin abreviaturas ni faltas de ortografía, y deben ser inteligibles</p>
	<b>CON-027</b>	<p>Los pacientes de CC a quienes se ha practicado un procedimiento diagnóstico-terapéutico en MC disponen de un informe completo con toda la información clínica relevante para el médico del SNS</p>	<p>Se aplicará a los procedimientos autorizados por el SNS que sean realizados a cargo de MC, tanto en centros propios como o ajenos.</p>	<p>Revisar 10 historias clínicas entre la relación de pacientes de CC a quienes se ha practicado un procedimiento diagnóstico-terapéutico en MC (tanto en centros propios como a través de centros ajenos) en los últimos 3 meses. Comprobar que disponen de un informe completo con toda la información clínica relevante para el médico del SNS, según se ha definido en el 'modelo de informe de procedimientos diagnóstico-terapéuticos en CC'</p>

## Accesibilidad






Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	ACC-002	El tiempo de demora para la intervención quirúrgica es inferior a los plazos establecidos por patología	Definir los plazos por especialidades o por los procedimientos más prevalentes	Escoger, en el listado de pacientes intervenidos quirúrgicamente en los últimos 6 meses, 10 pacientes de las patologías más prevalentes. Comprobar que el plazo de tiempo entre la indicación quirúrgica y la intervención esté dentro del plazo establecido por la DSMA para cada patología Comprobar que, en caso de demora, se registran los motivos
	ACC-003	El tiempo de demora para las pruebas complementarias es inferior al límite establecido	Para las pruebas complementarias RNM, TAC, ecografías y pruebas de alergias se valorará el tiempo promedio de demora para cada prueba.	Revisar 5 historias clínicas de pacientes que hayan realizado pruebas complementarias (TAC, RMN, ecografía, pruebas de alergia) en los últimos 3 meses. Comprobar que las pruebas se han realizado dentro del plazo establecido para cada tipo. El límite establecido es el 20% por debajo del promedio de MC.
	ACC-009	El centro dispone de acceso a traductores de los principales idiomas de su población protegida	La traducción debe estar disponible en el momento de la asistencia.	Verificar que 3 profesionales de diferentes categorías conocen el acceso a traductores (teléfonos de contacto).
	ACC-010	Los documentos informativos que se entregan a los pacientes han sido revisados para asegurar su comprensibilidad	Cualquier documento pre-escrito que se entrega a paciente (hojas informativas, instrucciones para pruebas, etc.) debe haber sido revisado según criterios de legibilidad documental e imagen corporativa. Incluye los documentos genéricos de MC Mutual y los propios del centro.	Solicitar un ejemplar de todos los documentos informativos que se entregan a los pacientes en el centro. Comprobar en los listados de documentos revisados por MC Mutual si todos han sido revisados
	ACC-011	Se consigue contactar con el centro vía telefónica dentro de los tiempos establecidos	La accesibilidad a un centro por vía telefónica se puede medir realizando varios intentos en momentos diferentes de la jornada laboral.	Realizar una prueba en 3 momentos diferentes de la jornada laboral y comprobar si se obtiene respuesta telefónica en menos de 5 minutos


## Equidad

Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	EQU-005	El tiempo de demora para recibir tratamiento quirúrgico traumatólogo/ ortopédico (COT): Artroscopia de rodilla y Liberación del Tunel Carpiano es cercano a la media de MC	Se compara el indicador del centro con el global de todos los centros de MC. Incluye los tratamientos realizados en centros propios y ajenos.	Comparar el tiempo de demora medio de los últimos 12 meses (último indicador publicado por MC) del centro con el global de MC en el mismo período. El límite establecido es el 20% por debajo del promedio de MC. Comprobar si el centro ha analizado el indicador y, en caso necesario, ha planificado acciones correctoras (evidencia escrita).
	EQU-006	El tiempo de espera para recibir tratamiento quirúrgico no-COT es cercano a la media de MC Mutual		Comprobar en el informe anual de la DSMA el tiempo medio de espera para recibir tratamiento quirúrgico no-COT, comparándolo con el tiempo medio global de MC Mutual. Comprobar si la diferencia está por encima del valor máximo definido
	EQU-008	La prescripción de rehabilitación es un 20% inferior al límite establecido	Se compara el indicador del centro con el global de todos los centros de MC.	Comparar la tasa de prescripción de rehabilitación de los últimos 12 meses (último indicador publicado por MC) del centro con el global de MC en el mismo período. Verificar si está por encima / debajo del 20% Comprobar si el centro ha analizado el indicador y, en caso necesario, ha planificado acciones correctoras (evidencia escrita).
	EQU-009	La desviación del centro en relación a la prescripción de TAC, RMN, ecografías y pruebas radiológicas es <20% respecto al estándar de MC Mutual	Se compara el indicador del centro con el global de todos los centros de MC.	Comprobar en el informe anual de la DSMA la desviación del centro en relación a la prescripción de TAC, RMN, ecografías y pruebas radiológicas respecto al global de MC Mutual. Comprobar si está por encima del 20% . Comprobar si el centro ha analizado el indicador y, en caso necesario, ha planificado acciones correctoras (evidencia escrita).

Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	EQU-010	La prescripción farmacológica es un 20% inferior al límite establecido	Se compara el indicador del centro con el global de todos los centros de MC.	<p>Comparar la tasa de prescripción farmacológica de los últimos 12 meses (último indicador publicado por MC) del centro con el global de MC en el mismo período.</p> <p>El límite establecido es el 20% por debajo del promedio de MC.</p> <p>Comprobar si el centro ha analizado el indicador y, en caso necesario, ha planificado acciones correctoras (evidencia escrita).</p>
	EQU-014	El % de resoluciones discordantes IP MC/INSS en CP es inferior al límite establecido	Se compara el indicador del centro con el global de todos los centros de MC.	<p>Comparar el % de resoluciones discordantes IP MC/INSS en CP de los últimos 12 meses (último indicador publicado por MC) del centro con el global de MC en el mismo período.</p> <p>El límite establecido es el 20% por debajo del promedio de MC.</p> <p>Comprobar si el centro ha analizado el indicador y, en caso necesario, ha planificado acciones correctoras (evidencia escrita).</p>
	EQU-015	El % de coincidencia de propuestas de alta- alta (CC) es inferior al límite establecido	Se compara el indicador del centro con el global de todos los centros de MC.	<p>Comparar el % de coincidencia de propuestas de alta- alta (CC) de los últimos 12 meses (último indicador publicado por MC) del centro con el global de MC en el mismo período.</p> <p>El límite establecido es el 20% por debajo del promedio de MC.</p> <p>Comprobar si el centro ha analizado el indicador y, en caso necesario, ha planificado acciones correctoras (evidencia escrita).</p>





## Respeto

Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	RES-001	El centro da a conocer su cartera de servicios y los centros asistenciales de atención de urgencias de su ámbito de referencia	Esta información debe ser fácilmente accesible por los pacientes/ clientes	Comprobar que la información que está disponible en la web de MC corresponde a la del centro, y está actualizada en la puerta del centro. (En este caso, únicamente la información sobre los centros asistenciales de urgencias de referencia)
	RES-002	El centro facilita la carta de derechos y deberes de los pacientes a los trabajadores que acuden al centro	Esta información debe ser fácilmente accesible por los pacientes/ clientes	Comprobar que existen carteles en las salas de espera y folletos disponibles para los pacientes. Comprobar que la información está disponible en la web del centro. Verificar con un mínimo de 2 trabajadores de MC y 2 pacientes que conocen la carta de derechos y deberes y saben dónde se halla disponible.
	RES-003	El centro dispone de una relación de todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren el consentimiento informado de los pacientes	Todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que suponen algún tipo de riesgo para los pacientes requieren su consentimiento informado. El centro debe conocer aquellos procedimientos para los cuáles debe solicitar el consentimiento por escrito.	Solicitar la cartera de servicios del centro y la relación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren el consentimiento informado de los pacientes. Comprobar que todos los procedimientos que lo requieren tienen su documento de consentimiento informado específico.
	RES-007	Se garantiza el acceso de los pacientes a sus datos de salud (copia de su historia clínica e informes médicos) en 10 días	Se refiere a las solicitudes de información dentro de su historia clínica (extracción de datos)	Se revisará el registro de solicitudes/ entregas de informes médicos del último año para detectar que no haya ningún paciente en que hayan transcurrido más de 15 días naturales entre la solicitud de copia de su historia clínica y la entrega de la misma.
	RES-009	Se garantiza la confidencialidad de la información sanitaria de los pacientes	Se refiere a la confidencialidad de los datos en soporte digital.	Comprobar que los programas utilizados cumplen la normativa de la LOPD (copias de seguridad, trazabilidad de accesos, contraseñas seguras, etc.), que no se utiliza software no seguro para datos de salud de pacientes (excel, access, etc.) y que no hay información en disco duro, escritorio, lápices de memoria, etc.





Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	RES-010	Se garantiza la confidencialidad de la información sanitaria de los pacientes	Se refiere a la confidencialidad de los datos en soporte digital.	Comprobar que los programas utilizados cumplen la normativa de la LOPD (copias de seguridad, trazabilidad de accesos, contraseñas seguras, etc.), que no se utiliza software no seguro para datos de salud de pacientes (excel, access, etc.) y que no hay información en disco duro, escritorio, lápices de memoria, etc.



## Satisfacción






Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	SAT-001	Los profesionales del centro conocen los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes atendidos en su centro o ámbito territorial del último año	Los profesionales deben conocer la opinión de los pacientes expresada colectivamente a través de los resultados de las encuestas de satisfacción.	Entrevistar a profesionales médico, 1 enfermero, 1 administrativo para comprobar que conocen los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes atendidos en su centro del último año. Revisar la evidencia documental de la reunión en la que se les ha presentado los resultados.
	SAT-002	El centro elabora anualmente un plan de mejora en base a los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes		Comprobar la existencia de planes de mejora anuales basados en el análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción de pacientes específicos del centro
	SAT-003	El centro analiza las reclamaciones y quejas de sus pacientes y elabora planes de mejora para disminuirlas		Revisar la evidencia documental del análisis de las quejas y reclamaciones de pacientes, plan de mejora y aplicación efectiva de las acciones de mejora.
	SAT-004	El centro no ha recibido ninguna queja ni reclamación por motivos de trato del personal en los últimos 12 meses	Las reclamaciones por motivos de han de reducirse al máximo en un entorno de calidad.	Revisar la relación de quejas y reclamaciones (con sus motivos correspondientes) del centro para detectar que no haya ninguna por motivo de trato.






## Adecuación




Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	ADE-001	Los médicos están formados en la utilización de guías y fichas ocupacionales	Los médicos que hacen medicina evaluadora deben haber recibido formación en las guías y fichas ocupacionales que estén en vigor en el momento de la evaluación. Los médicos de nueva incorporación deben recibir esta formación durante los primeros 6 meses de trabajo en MC (en este caso, debe estar planificada).	Revisar los datos de formación de los médicos del centro. Deben haber recibido la formación sobre todas las guías y fichas ocupacionales que estén en vigor. Los médicos de nueva incorporación en los últimos 6 meses pueden no haberla recibido, pero debe existir una planificación de esta formación (evidencia documental).
	ADE-002	Los médicos utilizan las guías y fichas ocupacionales	La DSMA audita anualmente el grado de cumplimiento de las guías y fichas ocupacionales en los diferentes centros	Revisar los resultados de las auditorías de cumplimiento de guías y fichas ocupacionales realizada por la DSMA en el último año.
	ADE-007	Los médicos están formados en cursos monográficos sobre patologías más frecuentes atendidas	Todos los médicos han recibido formación en cursos monográficos sobre patologías más frecuentes, en los últimos 3 años. Los médicos de nueva incorporación deben recibir esta formación durante los primeros 6 meses de trabajo en MC (en este caso, debe estar planificada)	Comprobar los registros de formación de los médicos del centro y verificar que han recibido formación monográficos sobre patologías más frecuentes, a lo largo de los 3 años anteriores. Los médicos de nueva incorporación en los últimos 6 meses pueden no haberla recibido, pero debe existir una planificación de esta formación (evidencia documental).
	ADE-008	Los médicos en centros asistenciales registran el riesgo principal de la certificación médica en la solicitud de una prestación REL	Los médicos deben registrar el riesgo principal en la certificación de la prestación REL .	Comprobar que los registros de solicitud de prestación REL tengan el riesgo principal en la certificación médica.






## Competencia científico- técnica

Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	CCT-011	El centro aplica el procedimiento de gestión del mantenimiento del equipamiento electromédico	Los profesionales del centro deben gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo de todos sus equipos de electromedicina según el procedimiento definido por MC Mutual	Revisar el registro del mantenimiento preventivo y correctivo de 5 equipos diferentes (por ejemplo: 1 electrocardiógrafo, 1 autoclave, 1 báscula, 1 tensiómetro) y comprobar que se han realizado las acciones de mantenimiento preventivo, calibraciones adecuadas. Comprobar que, en caso de avería, se ha seguido el circuito establecido para el mantenimiento correctivo.
	CCT-012	Se dispone de un inventario de equipos de electromedicina actualizado	Todos los equipos de electromedicina, sean adquiridos o en cesión, deben incorporarse al inventario de equipos y disponer de un código de inventario.	Realizar un muestreo de diferentes equipos (de 3 a 10, según tamaño del centro) y se comprobará que figuren en el listado actualizado de equipos de electromedicina facilitado por la DSMA y que dispongan de etiqueta con el código correcto.
	CCT-014	El centro evalúa las desviaciones respecto a la correcta cumplimentación de las historias clínicas y aplica acciones correctoras	La evaluación de la cumplimentación de historias se realiza de manera centralizada por la DSMA anualmente, generándose un informe de recomendaciones para cada centro. Los centros deben analizarlo y aplicar medidas correctoras.	Revisar la evidencia documental de que el centro haya evaluado el último informe de auditoría de historias clínicas, las medidas propuestas y cuáles de ellas han sido aplicadas.
	CCT-015	El archivo de documentación clínica cumple las normas de custodia de la documentación y se garantiza el acceso exclusivamente al personal sanitario	Se refiere a la documentación en soporte papel.	Comprobar que los archivos en papel son seguros (encerrados en armarios con llave, con acceso restringido únicamente al personal sanitario, no hay archivadores con datos personales fuera de los armarios), no hay faxes en zonas de acceso público, etc.
	CCT-016	Los profesionales codifican los diagnósticos y procedimientos según códigos estandarizados	La evaluación de la codificación de historias se realiza de manera centralizada por la DSMA anualmente, generándose un informe de recomendaciones para cada centro. Los centros deben analizarlo y aplicar medidas correctoras.	Revisar la evidencia documental de que el centro haya evaluado el último informe de auditoría de historias clínicas en relación a la codificación, las medidas propuestas y cuáles de ellas han sido aplicadas.

Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	SEG-001	El centro tiene su mapa de riesgos actualizado para la seguridad del paciente actualizado	La actualización será anual, incorporando posibles nuevos riesgos detectados	Verificar que el centro dispone de su propio mapa de riesgos, que ha sido adaptado a los riesgos particulares del centro y revisado en el último año. Comprobar que está en un lugar accesible para todos los trabajadores del centro y que es conocido por los mismos, a través de preguntas a un mínimo de 2 trabajadores.
	SEG-002	Los profesionales del centro notifican eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente al sistema de MC Mutua		Revisar los datos de notificación de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente de MC Mutua. Comprobar si el centro ha notificado algún evento adverso en los últimos 12 meses. Entrevistar a 2 trabajadores de categorías diferentes (médicos, enfermeros, administrativos) para verificar que conocen la existencia del sistema de notificación.
	SEG-003	Los profesionales sanitarios del centro han recibido formación en higiene de manos	La formación debe ser reglada (en formato online o presencial) y todos los profesionales del centro deben haberla recibido en los últimos 2 años.	Comprobar en los registros de formación de MC que todos los profesionales del centro han recibido la formación reglada en higiene de manos en los últimos 2 años.
	SEG-005	El cumplimiento de la higiene de manos de los profesionales del centro es superior al 50%	El cumplimiento de la higiene de manos del personal sanitario debe evaluarse anualmente mediante observaciones regladas según la metodología estandarizada de la OMS, establecida en el protocolo de higiene de manos de MC Mutua	Revisar el último informe de observación del cumplimiento de higiene de manos realizado según metodología establecida en el protocolo de higiene de manos de MC Mutua
	SEG-007	El centro aplica procedimientos de esterilización para el material que lo requiera	El centro aplica correctamente los procedimientos de esterilización de MC Mutua	Revisar si se dispone de los equipos necesarios para la esterilización. Comprobar la existencia de controles bioquímicos y biológicos en 3 fechas diferentes a lo largo de los últimos 12 meses. Inspeccionar el material esterilizado para detectar posibles caducidades, mal estado de las bolsas. Entrevistar a la enfermera responsable para que explique el procedimiento.

Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	SEG-011	Se lleva a cabo un registro de las revisiones de control de caducidades (almacén y consultorios) mensualmente, y de las incidencias relacionadas	<p>Las revisiones se realizarán con la metodología y la periodicidad requeridas en el procedimiento establecido por la DSMA.</p> <p>Se mantendrá un registro de las revisiones realizadas y de las incidencias que se hayan detectado en las mismas.</p> <p>El centro analizará las incidencias para establecer acciones correctoras</p>	<p>Comprobar en el registro de revisiones de medicación que se han realizado las revisiones con la metodología y y la periodicidad requeridas en el procedimiento establecido.</p> <p>Verificar que el centro dispone de un registro de las revisiones realizadas y de las incidencias que se hayan detectado en las mismas.</p> <p>Comprobar que el centro analiza las incidencias para establecer acciones correctoras (evidencia escrita de este análisis).</p>
	SEG-015	Se lleva a cabo controles diarios de la temperatura de las neveras que contengan medicamentos y se registran, así como las incidencias relacionadas	<p>Los controles se realizarán con la metodología y la periodicidad requeridas en el procedimiento establecido por la DSMA.</p> <p>Se mantendrá un registro de los controles realizados y de las incidencias que se hayan detectado en los mismos.</p> <p>El centro analizará las incidencias para establecer acciones correctoras.</p>	<p>Comprobar en el registro de controles de temperatura que se han realizado los controles con la metodología y y la periodicidad requeridas en el procedimiento establecido.</p> <p>Verificar que el centro dispone de un registro de los controles realizados y de las incidencias que se hayan detectado en los mismos.</p> <p>Comprobar que el centro analiza las incidencias para establecer acciones correctoras (evidencia escrita de este análisis).</p>
	SEG-023	Los profesionales sanitarios del centro han realizado formación en RCP	<p>Los profesionales sanitarios deben realizar formación en soporte vital cada 3 años.</p> <p>Los profesionales de nueva incorporación deben recibir esta formación durante los primeros 6 meses de trabajo en MC (en este caso, debe estar planificada).</p> <p>La formación debe ser reglada (en formato presencial).</p>	<p>Se comprobará el registro de formación en soporte vital de todos los trabajadores sanitarios del centro. Todos deben haber recibido dicha formación en los últimos 3 años.</p> <p>Los profesionales de nueva incorporación en los últimos 6 meses pueden no haberla recibido, pero debe existir una planificación de esta formación (evidencia documental).</p>

Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	<b>SEG-024</b>	El centro revisa mensualmente el carro de paros y registra las incidencias	Las revisiones se realizarán con la metodología y la periodicidad requeridas en el procedimiento establecido por la DSMA. Se mantendrá un registro de las revisiones realizadas y de las incidencias que se hayan detectado en las mismas. El centro analizará las incidencias para establecer acciones correctoras	Comprobar en el registro de revisiones de carros de paros que se han realizado las revisiones con la metodología y la periodicidad requeridas en el procedimiento establecido. Verificar que el centro dispone de un registro de las revisiones realizadas y de las incidencias que se hayan detectado en las mismas. Comprobar que el centro analiza las incidencias para establecer acciones correctoras (evidencia escrita de este análisis).
	<b>SEG-025</b>	Se dispone de un protocolo de atención a las emergencias cardiorespiratorias conocido por todos los profesionales sanitarios del centro	Los centros deben disponer de equipos y materiales para atender un paro cardiorespiratorio, y los profesionales deben estar capacitados para ello.	Entrevistar a 2 profesionales sanitarios de cada categoría (médicos, enfermeros) para verificar que conocen los algoritmos de actuación en caso de paro cardiorespiratorio, así como la localización y funcionamiento de los equipos y materiales para la reanimación cardiopulmonar.
	<b>SEG-030</b>	El centro dispone de un enlace de calidad conocido por todos los trabajadores del centro	El enlace de calidad ha sido reconocido formalmente y los trabajadores del centro lo conocen y saben sus funciones.	Preguntar a un mínimo de 2 trabajadores del centro si conocen la existencia del enlace de calidad, si saben quién es y qué funciones desempeña. Verificar si en la intranet figura el reconocimiento del enlace.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradecer a MC MUTUAL el acceso a la información requerida para elaborar este proyecto de Máster.

También a Rafael Manzanera, de la Coordinación de Calidad Sanitaria por el apoyo recibido durante este proceso.

Por último, a mi tutora, Loreto Macia Soler, por haberme acompañado en el modelaje del trabajo.

Gracias.

