

BASES DEL SERVICIO DE EVALUACIÓN EXTERNA



F E S M E S

Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño



ÍNDICE

1. EL MODELO DE EVALUACIÓN
2. PROPÓSITO DEL SERVICIO DE EVALUACIÓN EXTERNA FESMES
3. REQUISITOS PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE EVALUACIÓN FESMES
4. PROCESO DE EVALUACIÓN
 - 4.1. Solicitud y confirmación de la evaluación SER
 - 4.2. Confirmación de equipo de evaluación y fechas para las entrevistas
 - 4.3. Autoevaluación y revisión de la misma
 - 4.4. Resolución de dudas
 - 4.5. Informe de evaluación
 - 4.6. Comité de evaluación y envío de informe
5. RECONOCIMIENTOS
6. CALENDARIO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN
7. CONFIDENCIALIDAD

El propósito de este documento es informar sobre las condiciones y el proceso a seguir por las unidades que deseen recibir el servicio de Evaluación Externa de FESMES.

1.- EL MODELO DE EVALUACIÓN

Se utilizará como modelo o referencial para la evaluación la Guía para optimizar la gestión de las Unidades de Sueño - FESMES.

2.- PROPOSITO DEL SERVICIO DE EVALUACION

El propósito del Servicio de Evaluación es apoyar a las unidades de sueño interesadas en mejorar su gestión y ser reconocidas por ello en la identificación de áreas de mejora.

Por ello, uno de los principales valores que reciben las unidades evaluadas es el Informe que realiza el equipo de evaluación, externo e independiente, identificando los puntos fuertes y las áreas de mejora de su gestión.

3.- REQUISITOS PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE EVALUACIÓN

Es **condición indispensable** que la unidad cumpla los requisitos que se señalan a continuación:

- A. Pueden solicitar el servicio de Evaluación todas las unidades que cuenten con miembros que sean **socios de las sociedades miembro de FESMES**.
- B. Las personas responsables de la unidad solicitante deben haber recibido suficiente formación en la “Guía para optimizar la gestión de las Unidades de Sueño” siendo necesario que **al menos una persona con responsabilidad en la gestión de la unidad participe en el Club de Evaluación de FESMES**. Habrá sesiones específicas tanto para informar a las unidades como para formar a las personas evaluadoras.
- C. Requisitos recogidos en el **Anexo 1 – Requisitos imprescindibles para la evaluación** donde se recogen los Requisitos imprescindibles y la relación de documentación obligatoria y recomendable que deberá adjuntarse.

4. PROCESO DE EVALUACIÓN

4.1 Solicitud y confirmación de la evaluación

La Dirección de la Organización deberá cumplimentar el formulario de [SOLICITUD DEL SERVICIO DE EVALUACION EXTERNA](#), aceptando las condiciones del Proceso de

evaluación y adjuntando la documentación obligatoria para la comprobación del cumplimiento de los requisitos imprescindibles. En el **Anexo 1 – Requisitos imprescindibles para la evaluación** de este documento se recogen los Requisitos imprescindibles y la relación de documentación obligatoria que deberá adjuntarse en la solicitud a través de este [FORMULARIO ONLINE](#)

A la recepción de la solicitud, la organización recibirá un e-mail automático de confirmación. Una vez realizada la solicitud, FESMES confirmará que se cumplen los requisitos previos y en su caso, que se va a prestar el Servicio de Evaluación Externa a la solicitud presentada e indicará los siguientes pasos a seguir (preparación de documentación, etc.).

El cumplimiento de dichos requisitos supone la obtención del nivel Bronce del esquema de reconocimientos FESMES. En la evaluación, el equipo puede considerar que la organización puede obtener niveles superiores de reconocimiento y aportará información importante para la mejora continua de la unidad.

4.2 Confirmación de equipo de evaluación y fechas para las entrevistas

Para realizar la evaluación, FESMES cuenta con el Club de Evaluación, grupo constituido por profesionales de FESMES, del sector y/o personas con conocimiento en gestión con formación en la Guía para optimizar la gestión de las Unidades de Sueño, que recibirán un certificado desde FESMES que acredite su formación, así como la participación en el proyecto.

FESMES seleccionará, de entre las personas de su Club de Evaluación, a aquellas que considere adecuadas para evaluar la unidad solicitante, la cual dará su conformidad al equipo de evaluación propuesto. La organización podrá pedir el cambio de alguna de las personas del equipo si existiese incompatibilidad manifiesta (competencia directa, parentesco, etc.) que pudiese condicionar el trabajo de evaluación. Esta incompatibilidad deberá ser verificada por FESMES.

FESMES diseñará un equipo de evaluación de entre **tres y cuatro personas**, equilibrando los conocimientos y experiencia de sus integrantes.

Los equipos de evaluación contarán con una persona en el papel de **Interlocutor** del equipo, que será la que coordine al equipo y mantenga la interlocución con FESMES y liderará la visita a la organización.

FESMES confirmará las fechas definitivas de la evaluación con la unidad y realizará las labores de coordinación entre el equipo evaluador y la unidad solicitante del servicio y

hará de garante de que el Servicio de Evaluación Externa se desarrolla conforme al proceso establecido.

4.3 Autoevaluación y revisión de la misma

Como el objetivo de la evaluación es apoyar a las unidades de sueño en su camino de mejora de la competitividad, a través de un informe que recoja los principales puntos fuertes y las áreas de mejora de su gestión, es necesario que el equipo de evaluación comprenda las prioridades de la unidad, su estructura de funcionamiento, sus formas de hacer, la lógica de sus planteamientos, indicadores, mejoras realizadas, los resultados logrados, etc.

Para ello, son muy importantes las entrevistas que mantendrán el equipo de evaluación con las personas de la unidad, con el fin de comprender las prácticas de gestión y la situación de la gestión en los diferentes apartados de la Guía.

Por tanto, y de cara a que el equipo de evaluación vaya a la visita con un conocimiento adecuado de la unidad, ésta tiene que completar la "**Autoevaluación para la evaluación**", que recoja la información básica para comprender la unidad.

La unidad deberá rellenar la Autoevaluación que el equipo de evaluación analizará antes de la visita, por lo que tiene que contener la información principal sobre las actividades, estructura, prioridades, prácticas de gestión, indicadores relevantes, etc. de la unidad. No es necesario ser un "experto en evaluación" para la redacción de este documento, sino entender la estructura y sentido de los apartados de la Guía y ser capaz de recoger y sintetizar lo fundamental de la unidad.

La unidad realizará esta autoevaluación adjuntando, además, aquellos documentos que se puedan anticipar para el desarrollo eficiente del proceso de evaluación. Se recomienda que el número de documentos a adjuntar sea suficiente para que el equipo tenga la información necesaria, pero sin ser excesivo. Los documentos deberán ser PDFs y el nombre del archivo deberá ser explicativo del contenido de este, para ello irá precedido del número de anexo al que corresponda y siempre evitando poner acentos o símbolos y que sea lo más corto posible. Así por ejemplo la denominación de los documentos relativos a la estrategia y plan anual comenzarán por "1", los relativos al desarrollo de la actividad asistencial comenzarán por "2" y así sucesivamente. En el **Anexo 2 – Documentación recomendable** de este documento se recoge otra documentación recomendable que podrá adjuntarse, aunque la Unidad podría adjuntar otra que no esté recogida en este documento.

La autoevaluación será revisada por FESMES para comprobar que están todos los datos necesarios antes de dar acceso al equipo evaluador.

La persona Responsable de la Unidad evaluada declarará que toda la información que se ha aportado es veraz y adecuada.

Durante la visita, la Unidad debe adoptar un papel activo de cara a cubrir el objetivo de que el equipo conozca bien el funcionamiento de la misma. Y deberá trasladar al equipo toda la información que no se haya incluido en la "Autoevaluación" o que el equipo quiera conocer para poder evaluar la unidad correctamente.

4.4 Resolución de dudas (reunión online)

A continuación, aparece el borrador de agenda que el equipo evaluador adaptará según las necesidades de la evaluación y enviará a la unidad una semana antes de la misma para poder coordinar las personas que tiene que estar en las entrevistas.

La reunión tendrá una duración aproximada de 3 horas.

AGENDA ENTREVISTAS (fecha)	
8:55/9:00h	Conexión/encuentro con la responsable de la unidad y comienzo entrevistas
9:00h	xxxxxxx: breve presentación
9:15h	xxxx - Entrevista con xxx para que cuenten su experiencia - x personas
10:00h	xxx - Entrevistas con personas de la unidad para xxxxx
10:45h	xxx: aclaración de dudas con XXXX
11:15h	xxx - Entrevistas con personas de la unidad para xxxxx
11:55h	Despedida

4.5 Informe de evaluación

Se facilitará a la Unidad un **Informe de Evaluación** que incluye:

1. *Identificación de la Unidad evaluada*
2. *Fecha de realización de la evaluación*

3. *Identificación del Equipo de Evaluación*

4. *Conclusiones de evaluación:*

- Consideraciones generales
- Puntos fuertes y áreas de mejora y observaciones de cada apartado

5. *Valoración global y el grado de avance en la gestión de la unidad, en cada uno de los Apartados de la Guía.*

4.6 Comité de evaluación y envío de Informe

Habrà un comité de evaluación compuesto por miembros de FESMES que revisará los informes y los dará por válidos o pedirá los cambios necesarios.

5.- RECONOCIMIENTOS

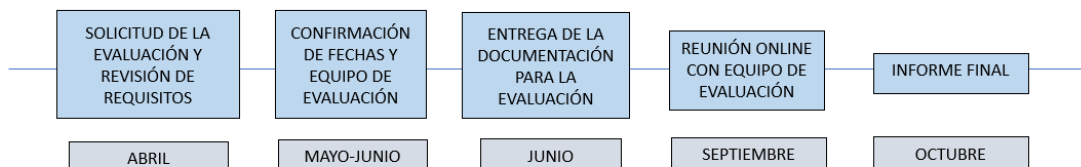
Una vez realizada la evaluación externa, la Unidad recibirá el reconocimiento FESMES Bronce, Plata u Oro, en función de su grado de avance en la Gestión.



El reconocimiento obtenido tendrá 5 años de validez, la unidad transcurrido este plazo, deberá someterse a otra evaluación. Además, si la unidad considera que ha habido una mejora suficiente para avanzar de nivel de reconocimiento, podrá solicitar una nueva evaluación a partir del tercer año.

El resultado de la evaluación podrá hacerse público, tanto por parte de la Unidad como por parte de FESMES, desde el momento en que FESMES notifica dicho resultado a la organización.

6.- CALENDARIO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN



7.- CONFIDENCIALIDAD

La información de las Unidades solicitantes y el Informe de la Evaluación Externa será tratado por FESMES de manera confidencial. Esa información únicamente estará disponible para el equipo de evaluación o aquellas personas de FESMES participantes en las labores de coordinación o administrativas. FESMES requerirá que todos los participantes en la evaluación firmen un documento de confidencialidad por el que se comprometen a no hacer públicas las informaciones a las que pueda acceder durante el proceso de evaluación. FESMES tomará todas las acciones razonables para que se mantenga dicha confidencialidad y tomará las medidas oportunas si entiende que se ha producido una pérdida de la misma. En cualquier caso, FESMES no puede asumir la responsabilidad de cualquier perjuicio que pueda ocasionarle a la organización solicitante la ruptura de este compromiso de confidencialidad por parte del equipo de evaluación.

ANEXO 1 – REQUISITOS IMPRESCINDIBLES Y DOCUMENTACIÓN

Tal como se indica en el punto 3 de “Bases de Evaluación FESMES” para que una unidad pueda optar al servicio de evaluación, además de contar con miembros que sean **socios de FESMES** y que **al menos una persona con responsabilidad en la gestión de la u unidad participe en el Club de Evaluación de FESMES, es obligatorio cumplir** con los requisitos recogidos en este documento “Requisitos imprescindibles para la evaluación”.

Aunque, la evaluación de FESMES consta de 7 ámbitos, sólo se han considerado aspectos imprescindibles para optar a la evaluación en 5 de dichos ámbitos:

1. Estrategia y Plan anual
2. Desarrollo de la actividad asistencial. Relación con otras áreas y entidades.
3. Gestión de Equipos, material e infraestructuras
4. Profesionales de la unidad.
5. Investigación, innovación y mejora continua

No considerándose imprescindible ningún apartado del punto 6 “Sociedad” ni del punto 7 “Resultados”.

A continuación, se establecen los “Criterios Imprescindibles” de los que deben disponer las unidades. La unidad evaluada deberá evidenciar que cumple dichos requisitos a través de la documentación referenciada a continuación o equivalente.

La unidad deberá de rellenar un formulario de solicitud de evaluación, en el que podrá adjuntar documentación que pruebe el cumplimiento de los requisitos.

Al final del formulario de solicitud de evaluación, **se solicitará la firma del Director médico o autoridad competente** (Jefe administrativo de la Unidad, Dirección del Instituto u Hospital, Área Calidad, Administración central...) **que implicará la declaración jurada de que los requisitos imprescindibles, que no se demuestran con un documento se cumplen.**

1. ESTRATEGIA

Requisitos imprescindibles	Documentación
Disponer de un plan de acciones a llevar a cabo por parte de la unidad, por escrito, con actualización periódica. En coherencia con las líneas estratégicas generales de la organización, el proceso asistencial integrado (PAI), y la administración u organismos oficiales que les apliquen. En dichos planes podrían estar contemplados entre otras cosas los planes funcionales con espacios, configuración de la unidad, recursos y plan de actividades de los distintos procesos (asistenciales, investigación docencia), etc.	Planes de acción o proyectos de la unidad
Disponer de indicadores de funcionamiento de la unidad.	Listado con todos los indicadores que se utilizan en la Unidad

2. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

2.1 Pruebas

Requisitos imprescindibles	Documentación
Polisomnografías completas >2	Firma autoridad competente en el formulario
Titulaciones de CPAP mediante PR hospital o en domicilio	Firma autoridad competente en el formulario
Titulación CPAP en el laboratorio del sueño.	Firma autoridad competente en el formulario
PSG complejas: Capnografía para titulaciones de ventilación mecánica y ASV y otras patologías del sueño complejas cardiópatas, neurológicas etc.	Firma autoridad competente en el formulario
Actimetría.	Firma autoridad competente en el formulario
Oximetrías domicilio.	Firma autoridad competente en el formulario

2.2 Actividad multidisciplinar (trabajo cooperativo en red)

Requisitos imprescindibles	Documentación
Coordinación con otras Unidades no referencia, referencia otros profesionales con protocolos comunes y criterios definidos de derivación.	Información de cómo se realiza la coordinación con un área o contar con protocolo escrito de un área.

2.3 Actividad clínica

Requisitos imprescindibles	Documentación
Disponer de formularios tipo de consentimiento informado y solicitar al paciente.	Modelo de consentimiento informado.
Cumplimiento ley de protección de datos. Disponer de un Documento de protocolo.	Procedimiento, Instrucción o protocolo de protección de datos.
Disponer de cartera de servicios, teléfonos, horario, localización.	Información en el soporte en el que se utilice
Disponer de buzón reclamaciones, quejas...	Procedimiento, Instrucción o protocolo de buzón de reclamaciones
Realización de sesiones clínicas específicas dentro de las generales del servicio con acreditación de las mismas (mínimo mensual).	Formación continuada
Disponer de protocolos según guías clínicas propias o basados en GPC o en manuales de sociedades científicas (actualizados mínimos en los últimos tres años) Por ej. Protocolos diagnóstico, realización de pruebas, etc.	Protocolos
Disponer de protocolos de manejo de patologías concretas intra o extrahospitalarios (mínimo uno) Por ej. Amigdalectomía, terapia cognitivo conductual del insomnio, etc.	Protocolos
Nº Pacientes por año en la unidad (año) >850	Firma autoridad competente en el formulario
Numero estudios realizados año. (PR y PSG) u otros años >850	Firma autoridad competente en el formulario

Número de estudios tipo 3 año >300	Firma autoridad competente en el formulario
Número estudios tipo 1 >300	Firma autoridad competente en el formulario
Número de titulaciones con auto-CPAP con o sin telemedicina >200	Firma autoridad competente en el formulario
Número de titulaciones CPAP con PSG convencional (simples) >30	Firma autoridad competente en el formulario
Nº de PSG complejas: patología, neurológica, titulaciones CPAP (complejas), VMNI, ASV u otras enfermedades: como, cardiológica >75	Firma autoridad competente en el formulario

3-. EQUIPOS E INFRAESTRUCTURAS

3.1 Espacios

Requisitos imprescindibles	Documentación
Habitaciones individuales específicas para estudios PSG con posibilidad de movilidad alrededor de la cama mínimo de 62cm >2	Plano y/o firma
Mínimo 1 baño por cada cuatro habitaciones.	Plano y/o firma
Espacio físico específico de la unidad: espera pacientes, secretaria, descarga de datos y codificación (técnico) y enfermería y médico de la unidad.	Plano y/o firma
Consulta externa multidisciplinar (Diferentes especialidades) para las consultas y para reuniones interdisciplinares.	Plano y/o firma
Consulta externa enfermería para las entrevistas con pacientes, el seguimiento de CPAP y otras entidades clínicas y puntos básicos de salud.	Plano y/o firma

3.2 Equipos

Requisitos imprescindibles	Documentación
Equipos de PSG convencional completos (Criterios ASSM) >2	Firma autoridad competente en el formulario
Video grabación por infrarrojos >2	Firma autoridad competente en el formulario

Polígrafos respiratorios de al menos 4 canales (Criterios ASSM) >3	Firma autoridad competente en el formulario
Actígrafos >2	Firma autoridad competente en el formulario
Cinografía (transcutáneo, CO2 espirado).	Firma autoridad competente en el formulario
Equipos de CPAP para titulaciones en hospital y en domicilio.	Firma autoridad competente en el formulario
Oxímetros.	Firma autoridad competente en el formulario
Plan de mantenimiento de equipos con plazo de revisión	Plan de mantenimiento Mantenimiento hospital

4.PROFESIONALES DE LA UNIDAD

Requisitos imprescindibles	Documentación
Coordinador del grupo acreditado.	Certificado de FESMES o equivalente internacional
Profesionales más directamente implicados en la unidad multidisciplinar, en el laboratorio o fuera de este: Estas especialidades deberán formar parte de la Unidad (tener dedicación) Por ejemplo: Pediatría, Neurofisiología/neurología, neumología, ORL, investigador básico, enfermería y psiquiatría.>3	Firma autoridad competente en el formulario
Numero de enfermeras, técnicos o similar implicadas/os con dedicación exclusiva a la unidad>3 Al menos una enfermera con especial dedicación a pacientes de la consulta de sueño (CPAP, cronobiología, insomnio, etc.)	Firma autoridad competente en el formulario
Existencia de un programa formativo de rotación de residentes.	Firma autoridad competente en el formulario
Certificación como asistente en cursos acreditados con la unidad de carácter nacional o internacional (al menos 4 en los últimos 4 años).	Certificados
Realización como ponente de cursos internos acreditados por FMC, Universidad, administración, sociedades, asociaciones de pacientes, etc. de personal de la unidad (mínimo uno al año).	Certificados

5. INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y MEJORA CONTINUA

Requisitos imprescindibles	Documentación
Pertenecer o haber pertenecido a grupos de trabajo de diversas sociedades científicas (5 años previos).	Certificación sociedad científica
No de artículos publicados en revistas indexadas en Pub Med >3 (5 años previos) (*).	Referencias y enlace a los artículos
No de artículos publicados en revistas con FI Q1/2 >1 (5 años previos) (*).	Referencias y enlace a los artículos
Participación en proyectos de investigación >1 (5 años previos)	Certificado sociedades, FIS o agencia del proyecto o documentación oficial del instituto de investigación del centro

(*) NOTA: No es necesario que sea como autor de referencia

ANEXO 2 RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN RECOMENDABLE

En función de las características y gestión de la misma, una unidad podría no contar con muchas de las documentaciones que aquí se recogen y contar con otras que estime oportuno adjuntar.

- Presentación (Actividad, localización, población atendida, profesionales, listado de pruebas que se realizan, etc.)

ESTRATEGIA Y PLAN ANUAL

- Plan estratégico y/o de gestión anual de la organización.
- Plan de análisis de riesgos y contingencia.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS

- Recogida de la satisfacción (formato de encuesta, diseño de grupos focales...).
- Otros protocolos/procedimientos de asistencia a pacientes, realización de pruebas, etc. que disponga la Unidad.
- Planes de mejora derivados de encuestas a clientes.
- Otros protocolos de derivación o relación con otras áreas.

GESTIÓN DE EQUIPOS, MATERIAL E INFRAESTRUCTURAS

- Proceso de gestión de compras y/o pedidos.
- Documentación de funcionamiento de Comisiones.

PROFESIONALES DE LA UNIDAD

- Perfiles de puesto
- Plan de acogida
- Plan de formación
- Encuesta de satisfacción de profesionales
- Planes de mejora derivados de encuestas a profesionales

INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y MEJORA CONTINUA

- Procedimiento sobre la gestión de la innovación, mejora continua e investigación
- Información sobre proyectos de investigación en los que se participa.

SOCIEDAD

- Información sobre posibles proyectos o iniciativas sociales en las que se participa (formación en centros educativos, participación en iniciativas de sensibilización, etc.).

RESULTADOS

- Histórico de resultados de indicadores en ejercicios anteriores (datos sobre la actividad asistencial, económico-financiera, investigaciones, de personal, etc..) que se utilizan en la Unidad.