



FUNDACIÓN MAPFRE

Acreditación de la calidad
basada en el Modelo de la Joint
Commission International

Fernando Revilla Ramos



Esta publicación está formada por un capítulo del libro:

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

Autor: *Javier Cabo Salvador*

(Obra completa publicada por Ediciones Díaz de Santos). Puede ocurrir que en el texto de esta publicación se haga referencia o citen otras páginas que correspondan a otros capítulos de la obra completa, esto sería normal al haberse respetado la paginación original.

Obra completa: ISBN 978-84-9969-816-8 (Libro electrónico)

Obra completa: ISBN 978-84-9969-802-1 (Libro en papel)

© Javier Cabo et al, 2014

Reservados todos los derechos

No está permitida la reproducción total o parcial de esta publicación, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso y por escrito de los titulares del Copyright.

Ediciones Díaz de Santos

Albasanz, 2

28037 Madrid

www.editdiazdesantos.com

ediciones@editdiazdesantos.com

ISBN 978-84-9969-857-1

Acreditación de la calidad basada en el Modelo de Joint Commission International

Fernando Revilla Ramos

Introducción

Mejorar la calidad, la seguridad y la eficiencia de la atención de la salud es un objetivo que comparten organizaciones para la atención de la salud y países de todo el mundo. Los proveedores de atención de la salud de todas partes deben seguir el ritmo de la globalización y responder a la demanda de una atención accesible y de alta calidad.

Las necesidades locales varían y las diferentes culturas presentan desafíos únicos, sin embargo Joint Commission International (JCI) se destaca como modelo de culto para la comunidad mundial en lo que respecta a la seguridad del paciente y las mejoras en la calidad. Creado en 1994 por la Joint Commission, JCI tiene presencia en más de 90 países en la actualidad.

JCI trabaja con organizaciones de atención de la salud, gobiernos y defensores internacionales para promover estándares rigurosos de atención y proporcionar soluciones para lograr un rendimiento óptimo. Sus expertos ayudan a las organizaciones a ayudarse a sí mismas de tres maneras: acreditación, formación y servicios de asesoría.

Este enfoque en los estándares más altos de atención al paciente y la mejora del proceso orientada a obtener resultados se ha ganado el respeto de los líderes de la atención de la salud. Es por eso que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se asoció a JCI y la Joint Commission para establecer el primer Centro Colaborador de la OMS para Soluciones en la Seguridad del Paciente.

En junio de 2011 JCI recibió la última acreditación de cuatro años de la Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQua). La acreditación de ISQua garantiza que los estándares, la capacitación y los procesos utilizados por JCI en la evaluación del desempeño de las organizaciones de atención de la salud cumplan con los más altos parámetros internacionales vinculados a la acreditación de entidades.

Los estándares de acreditación, las políticas, los procedimientos y los métodos de evaluación evolucionan y cambian continuamente. Además, JCI realiza una inversión significativa para mantener a asesores, evaluadores y socios de acreditación actualizados por medio de una educación continua y nuevas capacitaciones.

Joint Commission International e ISQua

La Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQua) es una organización sin fines de lucro e independiente cuya misión es mejorar la calidad y la seguridad de la atención de la salud en todo el mundo. El programa internacional de acreditación de la ISQua (IAP, por sus siglas en inglés) es el único programa que “acredita a los acreditadores” y da reconocimiento a las organizaciones acreditadas que alcanzan los estándares internacionales aprobados. Joint Commission International ha participado en el IAP desde 2005.

En junio de 2011, JCI completó una reevaluación en el lugar realizado por el equipo de evaluadores de la ISQua. La Organización de JCI, las series de estándares para seis programas de acreditación de JCI y el programa de capacitación para asesores de evaluación de JCI han obtenido acreditación de la ISQua durante cuatro años.

Misión: transformar la atención al paciente en el mundo

La misión de JCI consiste en mejorar de manera continua la seguridad y calidad de la atención en la comunidad mundial, al brindar servicios de asesoría y educación, además de la certificación y acreditación en el ámbito internacional.

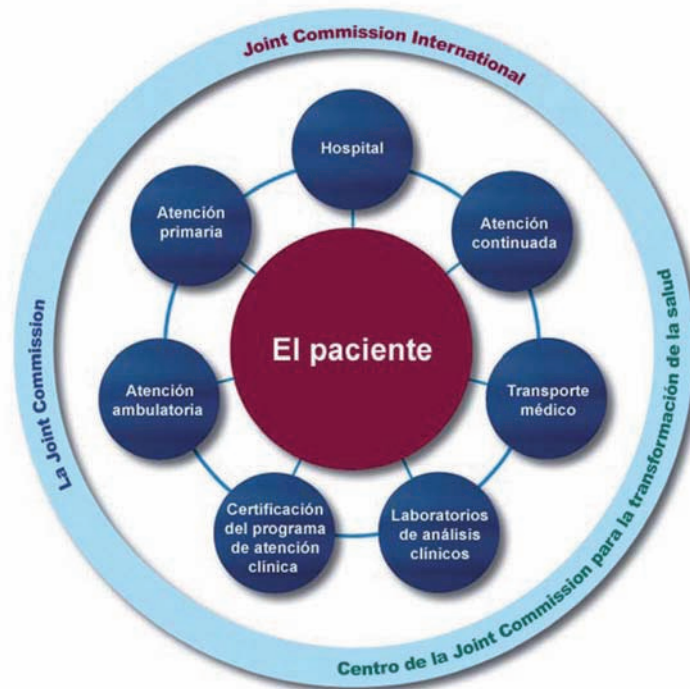


Figura 19.1. Centro de la Joint Commission para la transformación de la salud.

Esta organización mundial basada en el conocimiento proporciona liderazgo y soluciones para ayudar a las organizaciones internacionales de atención de la salud en todos los ámbitos a mejorar la calidad y la seguridad del paciente.

El organismo de acreditación y establecimiento de estándares en la atención de la salud más grande y más antiguo de Estados Unidos evalúa a las organizaciones y las inspira a destacarse en la prestación de una atención segura y eficaz de la más alta calidad y valor.

Mediante el trabajo para transformar la atención de la salud en una industria de alta confiabilidad, los participantes del centro, los principales hospitales y sistemas de salud del país, analizan la atención sanitaria y desarrollan soluciones.

Panel asesor de estándares de JCI

El panel asesor de estándares de Joint Commission International, conformado por médicos, enfermeros, administradores y expertos en políticas públicas, guía el proceso de desarrollo y revisión de los estándares de acreditación de JCI.

El panel se compone de miembros de seis regiones importantes del mundo: Latinoamérica y el Caribe, Asia, los países de la costa del Pacífico, el Medio Oriente, Europa del este y Europa central, Europa del oeste y África.

El trabajo del panel se realiza basándose en una revisión de campo internacional de los estándares y el aporte de expertos y otros con conocimientos de contenido único.

Consejos regionales de asesoría

Joint Commission International mantiene tres consejos regionales de asesoría: Asia Pacífico, Europa, Medio Oriente y norte de África.

En estos consejos participan grupos de interés cuya labor consiste en ayudar a que JCI perciba y comprenda mejor los temas importantes de la región relacionados con la calidad de la atención de la salud, la seguridad del paciente, los fondos destinados a la salud, las políticas que rigen el sector, así como de las necesidades y requisitos que derivan de los factores culturales. Los consejos se reúnen anualmente para tratar y dar a conocer las reacciones de las iniciativas clave.

■ Programas de acreditación

Acreditación para la atención ambulatoria

Estos estándares de JCI, que fueron diseñados para un amplio espectro de proveedores de atención de la salud, ayudan a las organizaciones a aumentar la seguridad del paciente, mejorar el manejo de riesgos e incrementar la confianza de la comunidad al demostrar un compromiso con la atención centrada en el paciente.

Los estándares se aplican a diversas organizaciones ambulatorias, que incluyen:

Centros médicos, odontológicos y quirúrgicos independientes:

- Centros de diálisis.

- Centros de radiología diagnóstica.
- Centros de manejo de la atención de pacientes externos con enfermedades crónicas.
- Centros de cuidados agudos.

Accreditación para laboratorios de análisis clínicos

Estos estándares de JCI son la base para efectuar una evaluación de los procesos de laboratorios y de las prácticas de gestión que brindan servicios esenciales para los pacientes. La acreditación ayuda a los laboratorios a demostrar su eficiencia, exactitud y rentabilidad y, a su vez, mantiene el enfoque central en la calidad y la seguridad de los pacientes.

Accreditación para el cuidado del hogar

Como tecnología y servicios abren la puerta a la más variada y avanzada atención domiciliaria, JCI normas tratan las mejores prácticas para el cuidado en el hogar del paciente, incluyendo el cuidado al fin de la vida. Elementos de evaluación cubren la atención dirigida al paciente y las interacciones, así como seguridad de calificaciones del personal y el medio ambiente y educación.

Accreditación para hospitales

Estos estándares de JCI proporcionan mediciones significativas para mejorar la calidad y la seguridad del paciente en todas las funciones clínicas y administrativas de hospitales, así como también para adoptar continuas mejoras en el desempeño.

Los estándares se aplican para:

- Hospitales públicos y privados.
- Hospitales de atención médica y psiquiátrica.
- Centros de consultas externas.

Accreditación para el cuidado de largo plazo

Estos estándares JCI abordan cuestiones de mejora de calidad para ajustes no agudos, como instalaciones de vida asistida, centros de rehabilitación y centros de atención crónica. Evaluaciones completas incluyen atención residente y derechos, administración de medicación, residente y familiar de la educación, prevención de infecciones y una variedad de otros temas relacionados con el rendimiento.

Accreditación para organizaciones de transporte médico

Estos estándares de JCI cubren todos los aspectos del transporte de pacientes, sea o no durante emergencias. Los estándares se aplican a las organizaciones de transporte médico.

Acreditación para centros de atención primaria

Los estándares para la atención primaria de JCI, desarrollados por expertos en la atención primaria de todo el mundo, están diseñados para respaldar mejoras sostenidas en la atención, promover un marco para la reducción de riesgos, crear una cultura de la seguridad del trabajador y el paciente, y contribuir a la satisfacción del mismo. Estos rigurosos estándares establecen expectativas uniformes y alcanzables para estructuras, procesos y resultados en su centro de atención primaria.

■ Preparación para la acreditación

Sentar bases firmes

JCI dispone de un proceso de preparación para la evaluación con un servicio de asesoría diseñado para ayudarle a identificar, planificar e implementar los principales pasos necesarios para lograr la acreditación o la certificación del programa de atención clínica. Los asesores de JCI llevarán a cabo una evaluación de referencia para determinar la preparación de su organización para la acreditación o certificación, y lo ayudarán a desarrollar e implementar un programa sustentable de mejoras en la calidad.

La dirección y miembros del personal recibirán una sólida formación en los estándares relevantes, el proceso de evaluación y los principios sobre la seguridad del paciente. Dispondrá de asistencia continua dentro y fuera del centro, con el desarrollo de procedimientos y políticas y la planificación de mejoras en la calidad, mientras su organización se prepara para la acreditación.

Más adelante en su proceso de preparación, los asesores de JCI ofrecen una evaluación simulada para evaluar la preparación de su organización.

Preparación para la acreditación de JCI

Practicum internacional facilita la preparación para la acreditación tanto como sea posible, al explicar los métodos y estándares de JCI además de resaltar las mejores prácticas y procesos necesarios para lograr el éxito de la acreditación. El practicum fomenta el éxito de la evaluación al invitar a los participantes a observar un trazado simulado de JCI en una organización de atención de la salud local. Es la introducción más integral al proceso de acreditación que ofrece JCI.

¿Qué enseña Practicum?

Practicum le enseña todo lo necesario para comenzar a obtener su acreditación o reacreditación. Este programa integral es usado por algunas organizaciones para conocer si la acreditación de JCI es lo que les conviene. Otras lo usan como parte de su preparación inicial para el proceso de acreditación o reacreditación. Muchas organi-

zaciones acreditadas utilizan practicum para enseñar a su nuevo personal el proceso y los estándares de acreditación.

En general, Practicum se centra en:

- Un panorama general de JCI.
- Los estándares de JCI.
- Objetivos internacionales de JCI para la seguridad del paciente.
- Experiencias aprendidas de las organizaciones acreditadas.
- Pasos preliminares a la acreditación de JCI.
- Metodología trazadora de JCI (incluye demostraciones en hospitales de la metodología trazadora).
- Proceso completo de evaluación de JCI.
- Cambios recientes en los estándares de JCI.
- Proceso posterior a la evaluación de JCI para determinar si una organización debe recibir o no una acreditación, incluyendo nuestras reglas de decisión.
- Los estándares más importantes.
- Herramientas de mejoras en la calidad.
- Mejora continua.
- Los costes de acreditación.

¿Quiénes deben participar?

Aquellos que atraviesan el proceso de acreditación por primera vez se beneficiarán de cómo lograr un buen resultado en la primera evaluación.

Para aquellos que ya están familiarizados con el proceso de acreditación, este practicum de JCI también trata los estándares internacionales más recientes o los citados más a menudo. Aquellos que ya han asistido a un practicum o ya tienen un profundo conocimiento de los estándares y procesos de JCI, pueden asistir al programa de sesiones ejecutivas de JCI.

El practicum de JCI está abierto a cualquier miembro del personal de una organización que esté tramitando o considerando obtener la acreditación de JCI.

Las organizaciones a menudo conceden un gran valor al hecho de enviar varios participantes a este programa.

Cronograma de Practicum

El programa Practicum dura cinco días. Aunque los cronogramas son diferentes según el programa, en general, la siguiente guía explica un típico programa Practicum:

Día 1	Los procesos y estándares de JCI: conocer el proceso que JCI utiliza para desarrollar y evaluar el cumplimiento de estándares. Conocer a fondo los estándares en torno al paciente y de gestión institucional de JCI y analizar también los estándares más difíciles de cumplir.
--------------	--

(continúa)

(continuación)

Día 2	El proceso de evaluación: conocer cómo funciona la evaluación de acreditación a través de conferencias y talleres con expertos de JCI. Conocer los objetivos internacionales para la seguridad del paciente.
Día 3	La evaluación y el perfeccionamiento continuo: comprensión del proceso de acreditación mediante la observación de una demostración de evaluación en una organización local. En los momentos que no se participa en la evaluación, JCI lleva a cabo pequeños talleres de casos prácticos y se utilizan herramientas de mejora en la calidad que reducen el riesgo de manera proactiva.
Día 4	La evaluación y las lecciones aprendidas: conocer lo que otras organizaciones que han logrado la acreditación de JCI han aprendido acerca del proceso. Trabajo en equipo para aprender a utilizar la herramienta de análisis de causas para comprender y eliminar errores en su sistema.
Día 5	Herramientas y técnicas: conocer los verdaderos costes y beneficios del proceso de JCI y las mejores prácticas para comenzar a obtener su acreditación o reacreditación.

Las organizaciones de atención de la salud buscan alcanzar un estándar más alto en cuanto a la atención al paciente y el respeto universal de los proveedores, pacientes, comercios y compañías de seguros. Los estándares JCI se han desarrollado y son actualizados por un comité de estándares internacionales con experiencia en seguridad del paciente y mejoras en la calidad para su uso en todo el mundo.

Acreditación para todos los establecimientos. JCI acredita o certifica a más de 400 organizaciones de atención de la salud en 50 países.

El personal de JCI ayudará a seguir un proceso coordinado y sin problemas para alcanzar la acreditación oportuna. Comenará por obtener los manuales estándares, traducidos en varios idiomas, para que todos lo comprendan y puedan implementarlo. Envíe su solicitud y programe los días para la evaluación con al menos 6 a 9 meses de anticipación.

Los evaluadores de JCI están titulados y poseen experiencia en sus respectivos campos. Se los capacita y evalúa constantemente para asegurar el uso apropiado de las metodologías de evaluación de JCI y la correcta interpretación de los estándares.

Proceso de evaluación exhaustivo. Una evaluación de hospital típica incluye al menos tres evaluadores: un médico, un enfermero y un administrador. Los evaluadores examinan diferentes secciones dentro de una organización y luego se reúnen para discutir sus conclusiones, basadas en entrevistas, observaciones y análisis de documentos. La acreditación también requiere un análisis de sistema completo, que se centra en la integración y la coordinación de los procesos de atención. Generalmente, se envía un informe oficial dentro de los 10 a 15 días después de haberse finalizado la evaluación.



Figura 19.2. Cronograma del proceso de acreditación de JCI.

Cronograma del proceso de acreditación de JCI

Metodología trazadora

La mejora del desempeño se puede evaluar y verificar a través de los trazadores: ejercicios que evalúan la atención real que recibe un paciente. Muchas organizaciones usan la metodología trazadora para preparar las evaluaciones y examinarlas en áreas específicas.

Tarifas para la acreditación

Las tarifas se determinan según el tamaño y la complejidad de la organización. La oficina regional de JCI puede proveer la información más actualizada sobre la tarifa para la organización a acreditar.

El valor de la acreditación

Crea una cultura de seguridad y calidad que se centre en mejorar continuamente.
Gana la confianza del público y el reconocimiento de los clínicos.

Involucra a los pacientes y las familias como partes interesadas en el proceso de atención sanitaria.

Mejora la seguridad y la eficiencia en el ambiente de trabajo para contribuir a la satisfacción del personal.

La acreditación JCI. Manuales de acreditación

Los manuales de los Estándares de Acreditación de Hospitales de Joint Commission International (JCI) contienen todos los estándares, declaraciones de intención, elementos medibles de los estándares, políticas y procedimientos de acreditación, y un glosario de términos clave.

Los manuales están diseñados para proporcionarle información sobre los siguientes temas:

- Los beneficios de la acreditación.
- JCI y su relación con The Joint Commission (EE UU).
- La iniciativa de acreditación internacional de JCI.
- El origen de los estándares y la forma en que están organizados.
- El modo de utilización del manual de estándares.

¿Qué es la acreditación?

La acreditación es un proceso en el cual una entidad, separada y diferente de la organización de atención sanitaria, por lo general no gubernamental, evalúa la organización sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos (estándares) diseñados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención.

Por lo general, la acreditación es voluntaria. Los estándares de acreditación son generalmente considerados como óptimos y alcanzables. La acreditación proporciona un compromiso visible, por parte de una organización, de mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente, asegurar un entorno de atención seguro y trabajar permanentemente para la disminución de riesgos, tanto para los pacientes como para el personal.

La acreditación ha obtenido la atención mundial como evaluación efectiva de la calidad y como herramienta de gestión.

¿Cuáles son los beneficios de la acreditación?

El proceso de acreditación está diseñado para crear una cultura de seguridad y calidad dentro de una organización que se esfuerza por mejorar constantemente los procesos y resultados de la atención al paciente. Al hacerlo, las organizaciones mejoran la confianza del público en lo que se refiere a la preocupación de la organización por la seguridad del paciente y la calidad de la atención; proporcionan un entorno laboral seguro y eficiente que contribuye a la satisfacción del trabajador; negocian con los financiadores para la atención con datos sobre la calidad de la atención; escuchan a los pacientes y a sus familias, respetan sus derechos y los involucran como socios en el proceso de atención; crean una cultura abierta al aprendizaje sobre el reporte oportuno de acontecimientos adversos y problemas de seguridad; y establecen un liderazgo colaborador que fija prioridades y un liderazgo continuo para la calidad y la seguridad del paciente en todos los niveles.

¿Qué es la acreditación de JCI y cuál es la relación de JCI con The Joint Commission?

JCI es la división internacional de The Joint Commission (EE UU), la misión de JCI es mejorar la calidad de la atención sanitaria en la comunidad internacional.

Durante más de 75 años, The Joint Commission (EE UU) y su organización predecesora se han dedicado a mejorar la calidad y la seguridad de los servicios de atención sanitaria. Hoy en día, The Joint Commission es el principal organismo acreditador de organizaciones sanitarias en los Estados Unidos: evalúa cerca de 16.000 programas de atención sanitaria mediante un proceso de acreditación voluntaria.

Tanto The Joint Commission como JCI son empresas estadounidenses no gubernamentales y sin fines de lucro.

¿Cuál es el propósito y el objetivo de las iniciativas de acreditación de JCI?

La acreditación de JCI es una variedad de iniciativas elaboradas para responder a la creciente demanda existente en todo el mundo de una evaluación de la atención sanitaria basada en estándares. El propósito es ofrecer a la comunidad internacional procesos objetivos basados en estándares para la evaluación de las organizaciones sanitarias. El objetivo del programa es estimular la demostración de mejoras constantes y sostenidas en las organizaciones sanitarias, mediante la aplicación de estándares internacionales generalizados, Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente y el respaldo de medidas de indicadores. Además de los estándares contenidos en esta cuarta edición para hospitales de atención aguda, JCI ha elaborado estándares y programas de acreditación para:

- Laboratorios de análisis clínicos.
- La atención continuada (atención domiciliaria, asilos, cuidados a largo plazo, cuidados paliativos).

- Organizaciones de transporte médico.
- Atención ambulatoria.

JCI también ofrece certificación de programas que proporcionan atención específica para una enfermedad o trastorno, como programas de atención de accidentes cerebrovasculares o atención cardíaca.

Los programas de acreditación de JCI están basados en un marco internacional de estándares adaptables a las necesidades locales. Los programas se caracterizan por:

- Los estándares internacionales generalizados, elaborados y mantenidos por un grupo de trabajo internacional y aprobados por un Consejo Internacional, siendo la base del programa de acreditación.
- La filosofía subyacente de los estándares está basada en los principios de gestión de la calidad y de mejora continua de la calidad.
- El proceso de acreditación está diseñado para dar cabida a los factores jurídicos, religiosos y/o culturales dentro de un país. Si bien los estándares establecen expectativas altas y uniformes para la seguridad y la calidad de la atención al paciente, las consideraciones específicas de cada país relacionadas con el cumplimiento de dichas expectativas forman parte del proceso de acreditación.
- Los miembros del equipo evaluador y la agenda pueden variar, dependiendo del tamaño de la organización y del tipo de servicios que preste. Por ejemplo, un hospital escuela grande requerirá una evaluación de cuatro días realizado por un médico, una enfermera y un administrador, mientras que un hospital regional o comunitario más pequeño quizá requiera una evaluación de dos o tres días. En forma similar, un laboratorio clínico requerirá de una sola persona, durante tan solo dos días, dependiendo de la cantidad de análisis especializados que se ofrezcan y realicen.
- La acreditación de JCI está diseñada para ser válida, confiable y objetiva. Según el análisis de las conclusiones del estudio, un comité internacional de acreditación tomará las decisiones definitivas sobre la acreditación.

¿Cómo se elaboraron inicialmente los estándares para hospitales?

Un grupo de trabajo internacional de doce integrantes, compuesto por médicos, enfermeras, administradores con experiencia en calidad y seguridad y expertos en políticas públicas, guió la elaboración y el proceso de revisión de los estándares internacionales de acreditación de JCI. El grupo de trabajo consta de miembros de las seis principales regiones del mundo: América Latina y el Caribe, Asia y los países de la cuenca del Pacífico, Medio Oriente, Europa central y del este, Europa occidental y África. La labor del grupo de trabajo se perfecciona basándose en una revisión de campo internacional de los estándares y los aportes de expertos y demás personas con conocimientos especializados.

¿Cómo se organizan los estándares?

Los estándares se organizan en torno a las funciones importantes comunes de todas las organizaciones sanitarias. La organización funcional de los estándares es por el momento la más ampliamente utilizada en el mundo entero y ha sido validada por estudios científicos, pruebas y su aplicación.

Los estándares están agrupados por las funciones relacionadas con la prestación de atención al paciente y las relacionadas con la presentación de una organización segura, efectiva y bien manejada.

Estas funciones se aplican a toda la organización, como también a cada departamento, unidad o servicio dentro de la misma. El proceso de evaluación reúne información sobre el cumplimiento de los estándares en toda la organización y la decisión de acreditación se basa en el nivel general de cumplimiento encontrado en toda la ella.

¿Los estándares están disponibles para ser usados por la comunidad internacional?

Sí, los estándares están a disposición de todo el público internacional, para ser utilizados por organizaciones sanitarias y por agencias públicas para la mejora de la calidad de la atención al paciente. Los estándares solo pueden descargarse de forma gratuita del sitio web de JCI, a fin de tener en cuenta su adaptación a las necesidades de cada país.

Cuando existen leyes locales o nacionales relacionadas con un estándar ¿qué es lo que rige?

Cuando el cumplimiento de un estándar está relacionado con una ley o reglamentación, regirá lo que establezca el requisito más alto o más estricto.

El manual de estándares internacionales puede usarse para:

- guiar la gestión eficiente y efectiva de una organización de atención sanitaria;
- guiar la organización y la prestación de servicios de atención al paciente y los esfuerzos por mejorar la calidad y la eficiencia de dichos servicios;
- revisar las funciones importantes de una organización de atención sanitaria;
- conocer aquellos estándares que todas las organizaciones deben cumplir a fin de obtener la acreditación de JCI;
- revisar las expectativas de cumplimiento de los estándares y los requisitos adicionales encontrados en las declaraciones de intención asociadas;
- conocer las políticas y procedimientos de la acreditación y el proceso de acreditación; y
- familiarizarse con la terminología utilizada en el manual.

¿Cuáles son los “elementos medibles” de un estándar?

Los elementos medibles de un estándar son aquellos requisitos del estándar y su “declaración de intención” que serán revisados y a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación de la acreditación. Los elementos medibles simplemente enumeran lo que es necesario a fin de cumplir en forma absoluta con el estándar. Cada elemento ya está reflejado en el “estándar” o en la declaración de intención.

La enumeración de los elementos medibles pretende proporcionar una mayor claridad a los estándares y ayudar a que las organizaciones eduquen al personal sobre los estándares y se preparen para la evaluación de acreditación.

¿Qué es el Plan Estratégico de Mejora (PEM)?

Un Plan Estratégico de Mejora (PEM) es un plan de acción obligatorio escrito que el centro elabora en respuesta a las observaciones “no cubiertas” identificadas fielmente en el Informe Oficial de Observaciones de Acreditación de JCI. Se espera que el PEM escrito:

- establezca las estrategias/el enfoque que el centro adoptará para abordar cada una de las observaciones “no cubiertas”;
- describa las acciones específicas que el centro emprenderá a fin de llegar a poder cumplir con los elementos de medición/estándares “no cubiertos” citados;
- contemple la metodología destinada a evitar que vuelvan a ocurrir y a que se mantenga la mejora a la larga; e
- identifique las medidas que se adoptarán para evaluar la eficacia del plan de mejora (los datos al respecto se entregarán en el plazo de los tres años siguientes).

El PEM tiene que demostrar que las acciones emprendidas por el centro apuntan al pleno cumplimiento de los estándares y de los elementos de medición. El personal de la oficina de JCI revisa y aprueba el PEM una vez concedidos el Certificado de Acreditación y el Sello de Oro.

¿Con qué frecuencia se actualizarán los estándares de los manuales?

La información y la experiencia relacionadas con los estándares se reunirán en forma permanente. Si un estándar ya no refleja las prácticas de atención sanitaria contemporáneas, la tecnología comúnmente disponible, las prácticas de gestión de calidad, etc., será revisado o eliminado. Actualmente se anticipa que los estándares serán revisados y publicados al menos cada tres años.

¿Qué significa la fecha “de entrada en vigor”?

La fecha “de entrada en vigor” que figura en la portada del manual significa una de estas dos cosas:

1. En el caso de hospitales previamente acreditados por la tercera edición de los estándares, esta es la fecha en la que aquellos tienen que cumplir plenamente con todos los estándares de la cuarta edición.
Los estándares se publican como mínimo seis meses antes de la fecha de entrada en vigor a fin de que los centros dispongan de tiempo para lograr cumplir totalmente con los estándares revisados en el momento en que entran en vigor.
2. En el caso de hospitales que solicitan acreditarse por primera vez, la fecha de entrada en vigor alude a la fecha pasada cuya totalidad de decisiones de acreditación y evaluación se basará en los estándares de la cuarta edición. Cualesquiera decisiones de acreditación y evaluación anteriores a la fecha de entrada en vigor se basarán en los estándares de la tercera edición.

Políticas y procedimientos

Las organizaciones sanitarias que deseen acreditarse por Joint Commission International (JCI) deben cumplir con los siguientes requisitos.

- La organización funciona actualmente como prestadora de atención sanitaria en el país y está habilitada (autorizada).
- La organización asume, o tiene intenciones de asumir, la responsabilidad de mejorar la calidad de la atención y los servicios.
- La organización ofrece servicios que cumplen con los estándares de JCI.

Propósito de una evaluación de acreditación

Una evaluación de acreditación analiza el cumplimiento de una organización con respecto a los estándares de JCI y sus declaraciones de intención. La evaluación analiza el cumplimiento de la organización basándose en:

- entrevistas con el personal y los pacientes y demás información oral;
- observaciones dentro de la organización de los procesos de atención al paciente (también el glosario) por parte de los evaluadores;
- políticas, procedimientos, guías de práctica clínica y demás documentos proporcionados por la organización; y
- resultados de autoevaluaciones cuando sean parte del proceso de acreditación.

El proceso de la evaluación en la organización, además de la autoevaluación continua, ayuda a las organizaciones a identificar y corregir problemas y a mejorar la

calidad de la atención y los servicios. Además de evaluar el cumplimiento de los estándares y sus declaraciones de intención, los evaluadores pasan tiempo educando para apoyar las actividades de mejora de la calidad de la organización.

Alcance de la evaluación de acreditación

El alcance de la evaluación de JCI incluye todas las funciones relacionadas con los estándares de una organización solicitante y todos los entornos de atención al paciente. JCI selecciona de este manual los estándares correspondientes basándose en el alcance de los servicios que ofrece una organización que solicita la evaluación.

La evaluación *in situ* tendrá en cuenta factores culturales y/o legales específicos que puedan influir o determinar las decisiones con respecto a la prestación de atención y/o a las políticas y procedimientos en una organización.

Resultados de las evaluaciones de acreditación

El Comité de Acreditación de JCI toma las decisiones de acreditación basándose en las observaciones de la evaluación. A un centro puede comunicársele una de las dos decisiones de acreditación siguientes:

Acreditación Otorgada o *Denegada*. Estas decisiones de acreditación se fundamentan sobre si el centro cubre o no las reglas de toma de decisiones.

Otorgamiento de la acreditación

Para obtener la acreditación, las organizaciones deben demostrar un cumplimiento aceptable de todos los estándares y lograr una calificación numérica mínima en estos. Por encima de este nivel básico de cumplimiento de los estándares, la calificación numérica de la organización indicará el nivel general de logro en el cumplimiento.

Las organizaciones acreditadas recibirán un informe final de acreditación y un certificado de otorgamiento. El informe indica el nivel de cumplimiento de los estándares de JCI que logró la organización.

Duración del otorgamiento de la acreditación

Un otorgamiento de acreditación es válida durante tres años a menos que JCI lo revoque. El otorgamiento entra en vigor de manera retroactiva al primer día después de que JCI completa la evaluación de la organización o, cuando se exige un seguimiento, se completan las evaluaciones focalizadas exigidas.

Al final del ciclo de acreditación de tres años de la organización, esta deberá volver a pasar por un proceso de evaluación para tener derecho a la renovación del otorgamiento de la acreditación.

Si durante el periodo de acreditación la organización sufre un cambio en su estructura, titularidad de propiedad o servicios, debe notificar a JCI. JCI determinará

entonces la necesidad de volver a realizar una evaluación de la organización y de tomar una nueva decisión de acreditación.

Si durante el periodo de acreditación JCI recibe información de que la organización no cumple sustancialmente con los estándares actuales de acreditación, JCI determinará la necesidad de realizar una nueva evaluación de la organización y/o de tomar una nueva decisión de acreditación.

Cómo solicitar la acreditación

Una organización sanitaria que desee estar acreditada comienza el proceso de acreditación completando y entregando la solicitud para la evaluación. Este documento ofrece información esencial sobre la organización de atención sanitaria, incluida la titularidad de propiedad, datos demográficos y tipos y volúmenes de los servicios prestados. La solicitud de evaluación:

- describe la organización que procura obtener la acreditación;
- requiere que la organización entregue a JCI todas las historias clínicas e informes oficiales de la autoridad sanitaria, reglamentarias y demás organismos gubernamentales;
- autoriza a que JCI obtenga cualquier historia clínica e informe sobre la organización que la misma no posea; y
- cuando JCI y la solicitante finalizan todos los requisitos y aceptan, establece los términos de la relación entre la organización y JCI.

La organización debe informar a JCI sobre cualquier cambio en la información que aparece en su solicitud que ocurra entre el momento en que se envía la solicitud y el momento en que se realiza.

Programación de la evaluación y planificación de la agenda

JCI y la organización eligen la fecha para la evaluación (normalmente dentro de los 90 días a partir de haber recibido la solicitud) y preparan la agenda para la evaluación juntos con el fin de cubrir las necesidades de la organización y cumplir con los requisitos de una evaluación eficiente. Para reducir los costos de traslado de los evaluadores, JCI hará todo lo posible para coordinar la programación de las evaluaciones de organizaciones relacionadas o, si son independientes, realizar varias en un país o región específicos.

JCI asignará a cada organización un especialista en servicios de acreditación, que actuará como contacto principal entre la organización y JCI. Esta persona coordinará la planificación de la evaluación y estará disponible para responder las preguntas que la organización pueda tener sobre las políticas, procedimientos o asuntos relacionados con la acreditación.

El especialista en servicios de acreditación trabajará con la organización para preparar una agenda de la evaluación basándose en el tamaño, tipo y complejidad de

la organización de atención sanitaria. La agenda especifica los sitios a visitar dentro de la organización, el tipo de entrevistas a realizar, el personal a entrevistar y los documentos que se deben entregar a los evaluadores.

Evaluadores internacionales calificados realizarán la evaluación.

Pueden surgir circunstancias en las que la organización o JCI deban posponer la evaluación programada o puedan querer cancelar la evaluación programada.

Política de información exacta y veraz

Propósito

Garantizar que se entienden coherentemente las expectativas relacionadas con la información ofrecida por el centro que participa en el procedimiento de acreditación de JCI y que este responde oportunamente a las exigencias del Programa de Acreditación de JCI.

Política

- El centro tiene que proporcionar información exacta y veraz constantemente durante el proceso de acreditación. La falsificación se define como la invención total o parcial de cualquier dato ofrecido por un centro acreditado o candidato al Programa de Acreditación de JCI.
- Si el centro falsifica datos referentes a la acreditación, sea por comisión o por omisión, se cancelará inmediatamente la concesión de la acreditación o, si se trata de un nuevo candidato, el centro no será susceptible de volverse a evaluar durante un año. Ejemplos de falsificación pueden ser alterar el contenido de la documentación volviéndolo a escribir o a formatear o borrándolo, ser consciente de la falsedad de la información, o presentar, ocultar o retirar pruebas durante la evaluación.
- Una vez el centro ha presentado el impreso de solicitud, se debe notificar al Programa de Acreditación de JCI en el plazo de 30 días cualquier cambio o como mínimo 30 días antes de la fecha programada de la evaluación, en caso de que se produzca un cambio en el centro que modifique la información reseñada en la Solicitud de Evaluación.
- Asimismo entre evaluaciones, el centro debe notificar al Programa de Acreditación de JCI en el plazo de 30 días si se producen cambios en la estructura, la titularidad o los servicios del centro.
- La información a presentar al Programa de Acreditación de JCI incluye lo siguiente:
 - Cambios en el nombre y/o titularidad del centro.
 - Cualquier cambio en la información de contacto por parte de los miembros de la dirección y/o del personal asignados al Programa de Acreditación de JCI.

- Cualquier cambio entre la plantilla de los miembros de la dirección y/o del personal asignado.
 - Un aumento o descenso significativo del volumen de servicios.
 - La adición o adquisición de un nuevo tipo de servicio sanitario.
 - La supresión de un servicio sanitario existente.
 - La alteración significativa de un equipamiento/edificio.
- El Programa de Acreditación de JCI exige que solo los empleados del hospital a jornada completa e íntegramente dedicados al centro (pero que no son personal contratado) y que sean los mejor cualificados a tal fin se designen como personas de contacto principales para la acreditación de JCI en lo relativo a toda comunicación concerniente a la acreditación. Esto sirve para garantizar la continuidad de la circulación íntegra de la información entre el Programa de Acreditación de JCI y el centro.
 - El Programa de Acreditación de JCI limitará la mayoría de las comunicaciones relativas a la acreditación a los siguientes tres contactos principales de acreditación de JCI relacionados en el impreso de solicitud: director del centro (o su equivalente); coordinador de la evaluación de acreditación de JCI y contacto de facturación.

Los siguientes requisitos de comunicación se aplicarán a las personas relacionadas como los tres contactos principales:

- Los contactos principales del Programa de Acreditación de JCI deben establecer un sistema de comunicación que garantice la respuesta dentro del plazo requerido a la totalidad de las comunicaciones referentes a la acreditación de JCI que se les dirija.
 - El Programa de Acreditación de JCI no responderá a las comunicaciones de acreditación procedentes de personal del centro ajeno a los contactos de acreditación de JCI. El Programa de Acreditación de JCI derivará todas las solicitudes de comunicación a los contactos principales.
 - Se exige que el centro presente un documento actualizado de información de los contactos de la entidad en el plazo de 30 días sobre cualquier cambio respecto a la información de contacto o al personal de los contactos principales de acreditación de JCI.
 - Se exige que el centro acreditado presente el documento cumplimentado de información de contacto dentro de la primera semana de cada año.
- Si el Programa de Acreditación de JCI averigua que el centro incumple uno o más de los siete requisitos indicados anteriormente en esta política, en principio se contactará con el centro para tratar la situación y los requisitos de acreditación de JCI. Durante las conversaciones, el equipo del Programa de Acreditación de JCI recordará a la dirección que si esta no cumple con la política puede caer en la categoría administrativa de Riesgo de denegación de la Acreditación, según contempla la política. Si el centro sigue sin

satisfacer el requisito, el equipo asignará al centro la categoría de Riesgo de denegación de la Acreditación, reservándose el Comité de Acreditación la revisión de la decisión de acreditación tomada por el equipo para determinar la resolución del caso.

Política de aplazamiento

Un centro puede aplazar las evaluaciones programadas en caso de que suceda una o más de las razones justificadas de aplazamiento.

Razones que justifican el aplazamiento

- Catástrofe natural u otro suceso grave imprevisto que trastorne de modo total o notable el desarrollo de las actividades;
- el centro participa en una huelga importante, ha interrumpido la aceptación de pacientes y los deriva a otros servicios; o
- los pacientes, el centro o ambos se trasladan a otro recinto durante la evaluación programada.

JCI se reserva el derecho a realizar una evaluación *in situ* si el centro sigue atendiendo a los pacientes en tales circunstancias.

Política de cancelación

Se puede cancelar una evaluación por cualquiera de las partes sin penalizaciones ni daños ni perjuicios cuando cualquiera de los siguientes sucesos haga imposible, ilícito o irrazonable el curso de la evaluación:

- Causas de fuerza mayor.
- Guerra.
- Terrorismo.
- Normativa gubernamental.
- Catástrofes.
- Huelgas.
- Disturbios civiles.
- Otras emergencias de tipo similar.

La cancelación causada por cualquiera de las razones anteriormente citadas se debe comunicar por escrito tan pronto como sea posible en la práctica. Además, JCI puede atenerse al consejo de los principales ministerios pertinentes en cuanto a la evaluación de las circunstancias políticas y militares que afecten a la programación de las evaluaciones.

Política de estructura de cuotas de acreditación de JCI

La cuota de evaluación de acreditación depende de varios factores, incluyendo el volumen y tipo de los servicios prestados por el centro, el número de equipamientos o el contexto asistencial incluido en la evaluación, y el número de evaluadores y de días de evaluación necesarios para realizarla según los estándares de JCI. El tiempo dedicado por el evaluador a confeccionar el informe se contempla en el presupuesto de días de evaluación. Al centro no se le cobra el coste de la evaluación de validación.

Cuota de Acreditación Inicial y Trienal. La mayoría de los centros requieren para una auditoría global eficaz un equipo de tres evaluadores por cuatro días. Según el tamaño del centro, las cuotas se incrementan o disminuyen ajustándose al tamaño mayor o menor de la entidad. Las cuotas incluyen:

- la Guía de Procedimiento de Evaluación;
- la agenda específica de la evaluación;
- la totalidad de la información de apoyo y de la asistencia en cuanto al procedimiento de la evaluación *in situ* y a la interpretación de los estándares;
- un equipo de evaluadores con experiencia internacional basada en uno o más de los siguientes ámbitos profesionales, según los servicios prestados por el centro y los estándares a evaluar:
 - Médico.
 - Enfermero.
 - Administrador.
 - Técnico especializado, por ejemplo, técnico de laboratorio clínico, técnico en transporte médico de urgencia o técnico de despacho de urgencias.
- todos los informes preliminares y finales; y
- un certificado de acreditación.

Una vez presentada la decisión de acreditación y después de que JCI haya cobrado la totalidad de las cuotas de evaluación, se enviarán por correo convencional el Informe Oficial de Observaciones de la Evaluación y los certificados de acreditación del centro.

Proceso de evaluación

Información general

Los evaluadores visitarán el centro durante las fechas estipuladas y según la agenda confeccionada. Pueden solicitar una entrevista con cualquier miembro del personal durante la evaluación, visitar cualquier otro recinto o unidad del centro no cubierto por la agenda o solicitar información adicional. El centro tiene que cooperar con ellos dándoles información exacta sobre el centro y su cumplimiento de los estándares.

res. Los retrasos a la hora de proporcionar la información solicitada se considerarán como falta de cooperación, lo que puede dar lugar a que el proceso de acreditación concluya prematuramente.

La metodología del trazador es la base de la evaluación *in situ* de JCI.

La metodología del trazador incluye lo siguiente:

- Incorpora el uso de la información proporcionada en la solicitud de evaluación de acreditación.
- Hace un seguimiento de las experiencias asistenciales de un grupo de pacientes a través de la totalidad del proceso asistencial del centro.
- Permite que los evaluadores identifiquen temas de rendimiento en uno o más pasos del proceso asistencial del centro o en las conexiones entre procesos.

Los evaluadores celebrarán una reunión de dirección con la dirección del centro y otros miembros de la dirección al final de cada evaluación. Durante dicha reunión, los evaluadores presentarán información preliminar sobre lo que han observado. Esta información es estrictamente preliminar y no debe considerarse definitiva hasta que haya concluido la revisión por parte del Programa de Acreditación de JCI.

Si durante la evaluación los evaluadores encuentran cualquier caso que en su opinión plantee una grave amenaza a la seguridad pública o de los pacientes, lo notificarán al Programa de Acreditación de JCI, quien decidirá si se deniega urgentemente la acreditación y que se informe a las autoridades correspondientes.

Observadores en el proceso de evaluación *in situ*

Los miembros del equipo directivo y de supervisión de JCI pueden personarse como observadores durante una evaluación de acreditación. El centro o JCI puede solicitar que una u otras personas más observen el curso de la evaluación. La parte solicitante debe hacerse con el correspondiente permiso por escrito de la otra parte para que se facilite la observación. Este permiso por escrito debe procurarse al menos cinco días antes de la evaluación. Los observadores, que incluyen consultores o asesores contratados por el centro y empleados de otro centro, no intervendrán en el curso de la evaluación, por lo tanto, no participarán en los debates, entrevistas u otras actividades realizadas durante la misma. La parte solicitante sufragará los gastos de los observadores.

Formación del evaluador durante el proceso de evaluación *in situ*

JCI se reserva el derecho a asignar uno o más evaluadores en formación como acompañantes del equipo designado de evaluación. Esta(s) persona(s) puede(n) participar en el proceso de evaluación bajo la supervisión directa y la guía del equipo de evaluadores. JCI sufragará la totalidad de los gastos referentes a esta actividad de formación.

Política de JCI sobre la evaluación focalizada

Propósito

Una evaluación focalizada es una evaluación *in situ* limitada en cuanto a ámbito, contenido y duración, concebida para recoger información sobre un tema o temas específicos o sobre unos cuantos estándares o elementos de medición.

Política

JCI puede proceder a una evaluación focalizada por los siguientes motivos:

- Como seguimiento de una evaluación completa (inicial o trienal).
- Cuando tiene la certeza de problemas graves relativos al cumplimiento de los estándares o a la seguridad de los pacientes.
- Cuando cuenta con otras razones válidas para evaluar un centro acreditado/certificado.
- Cuando asigna a un centro la categoría administrativa de Riesgo de Denegación de la Acreditación.

En la mayoría de casos, un evaluador realiza la evaluación focalizada en un día. No obstante, el Programa de Acreditación de JCI se reserva el derecho a solicitar la presencia de más de un evaluador o más de un día cuando lo impongan el número de estándares a evaluar o la variedad de las actividades de evaluación.

Hay dos tipos de evaluación focalizada que sirven para evaluar un centro: la evaluación de seguimiento y la evaluación por causa determinante. A continuación, se describen los motivos que justifican cada una de estas modalidades de evaluación focalizada.

Evaluación focalizada de seguimiento. Se justifica por la necesidad de que el evaluador prosiga con las observaciones, las entrevistas con el personal o los pacientes o la inspección de las instalaciones físicas con objeto de confirmar que el centro ha emprendido las acciones suficientes para lograr que se cumplan aceptablemente cualesquiera de los estándares de JCI y/o del/de los Objetivo(s) Internacional(es) de Seguridad del Paciente reseñados como “no cubiertos” o “parcialmente cubiertos” con motivo de la evaluación completa inicial o trienal.

Evaluación focalizada por causa determinante. Se justifica al recibir información relativa a que ha ocurrido un suceso o una serie de sucesos en un centro acreditado que desemboca en cualquiera de las siguientes situaciones importantes:

- Preocupación porque la amenaza contra la salud y la seguridad del público, de los pacientes y del personal continúa o se hace inminente en el centro.
- Confirmar/investigar una condición o unas condiciones pertinentes que lleven a que el centro se clasifique como de Riesgo de Denegación de la Acre-

ditación y a que no le cubra una evaluación focalizada de seguimiento o la Política de Amenaza contra la Salud y la Seguridad.

Procedimiento

El procedimiento de las evaluaciones focalizadas de seguimiento y por causa determinante es el siguiente:

1. JCI notificará a la dirección del centro dentro del plazo de diez días tras la conclusión de una evaluación completa inicial o trienal cualquier requerimiento de una evaluación focalizada de seguimiento para reevaluar la totalidad de los elementos de medición considerados “no cubiertos”. Esta evaluación de seguimiento se realizará dentro del plazo de 90 días después de haberse enviado al centro el Informe Oficial de Observaciones de la Evaluación. La composición del equipo de evaluadores la determinará la oficina de acreditación basándose en el número y la especie de las observaciones y en la cantidad de elementos de medición a reevaluar.
2. JCI notificará a la dirección del centro que se necesita la evaluación focalizada por causa determinante dentro del plazo de 45 días si el centro se ha clasificado como de Riesgo de Denegación de la Acreditación. El director ejecutivo en jefe, acreditación y estándares, el director ejecutivo del programa de acreditación y los directores adjuntos evaluarán la información pertinente relativa al centro y formularán recomendaciones al presidente y al director general de JCI o a la presidencia del Comité de Acreditación sobre las acciones convenientes a emprender en los centros “en riesgo”.
3. La recomendación de la evaluación focalizada por causa determinante al presidente y al director general de JCI formulada por el director ejecutivo en jefe, acreditación y estándares, y el director ejecutivo, acreditación y estándares, puede argumentar que la evaluación focalizada por causa determinante “no sea anunciada” si se considera que concurren una o más de las siguientes condiciones:
 - El riesgo contra la salud y la seguridad de los pacientes, del público y del personal está en curso, es inmediato y significativo.
 - La mejor forma de evaluar la situación de riesgo es hacerlo al margen de la programación y de los procedimientos normales del centro.
 - La alta dirección del centro no necesita personarse para evaluar convenientemente los riesgos.
 - El centro tiene el potencial de crear situaciones y condiciones que dificultan o imposibilitan que se analicen los riesgos en profundidad.
 - Los evaluadores de JCI están en la región o área del centro y no hay ningún problema de visados ni ninguna otra dificultad administrativa.
4. Cuando se considera que un centro corre el “riesgo” de una potencial amenaza contra la salud y la seguridad, se activa inmediatamente la Política de JCI de Amenaza a la Salud y la Seguridad.

5. Concluida la evaluación focalizada por causa determinante, el director general en jefe, acreditación y estándares, el director ejecutivo del programa de acreditación y los directores adjuntos evaluarán la información pertinente relativa al centro y formularán recomendaciones ante el presidente y el director general de JCI y ante el Comité de Acreditación. Según convenga, las recomendaciones declararán si procede que al centro se le otorgue la acreditación inicial, se le deniegue, se le permita mantener la categoría actual de acreditación o si JCI debería revocar la acreditación actual.
6. El Comité de Acreditación de JCI revisará los informes de la evaluación focalizada de seguimiento en los siguientes supuestos:
 - El Comité revisará todos los informes de los centros que no satisfacen las exigencias del reglamento de decisiones de acreditación y de los que el equipo de evaluadores recomienda que se les deniegue la acreditación, incluyendo el supuesto en que se haya efectuado previamente una evaluación focalizada a título de seguimiento, por causa determinante o de ampliación.
 - El Comité revisará los informes de cualquier centro del que el equipo de evaluadores crea que tiene problemas de cumplimiento especiales o desacostumbrados, incluyendo que se le designe como centro en Riesgo de Denegación de la Acreditación.
 - El Comité revisará los informes de cualquier centro que discuta u objete en contra de las observaciones comprendidas en el Informe Oficial de Observaciones de la Evaluación. El recurso a las decisiones de acreditación se atenderá a la política aprobada, Recurso a las Decisiones cuando la Acreditación de JCI se Deniega o Retira.
7. El Comité de Acreditación de JCI considerará la recomendación efectuada por el equipo de evaluadores de JCI en su próxima reunión programada y determinará cuál es la decisión final de acreditación.
8. Se informa al centro sobre la decisión de acreditación en el plazo de 60 días desde que concluye la evaluación focalizada y de 10 días después de las deliberaciones del Comité de Acreditación. El equipo emprenderá las correspondientes acciones de seguimiento.

Evaluación de ampliación

Política

JCI puede realizar una evaluación de ampliación si se determina la necesidad de evaluar el centro debido a cualquiera de los factores siguientes:

- Un cambio en la titularidad de la propiedad del centro.
- Una alteración notable del edificio/recinto; o que el centro ha prestado al menos el 25% de sus servicios en un emplazamiento nuevo o en un recinto notablemente alterado.

- Un considerable aumento o descenso del volumen de servicios.
- El centro ha ampliado su capacidad de prestar servicios un 25% o más, según lo que se ha medido en función del volumen de pacientes u otras mediciones pertinentes.
- La adición de un nuevo tipo de servicio sanitario.
- La supresión de un servicio sanitario existente.
- El centro se ha fusionado con, o se ha afiliado a, o ha adquirido un recinto, servicio o programa no acreditado susceptible de que se le apliquen los estándares de JCI.

Procedimiento

Los centros tienen que notificar a JCI cualquier cambio importante ocurrido entre evaluaciones, según contempla la política de JCI sobre la Reseña de Información entre Evaluaciones. El personal del Programa de Acreditación de JCI revisará la información presentada para decidir si se precisa una evaluación de acreditación completa o focalizada para evaluar los cambios descritos por el centro.

Política de evaluación de validación de JCI

Propósito de la evaluación de validación

El propósito de la evaluación de validación es evaluar la efectividad del proceso de evaluación de la JCI cuando evalúa el cumplimiento de los estándares internacionales por parte de las organizaciones sanitarias, como parte de nuestros esfuerzos internos para mejorar la calidad de nuestros procesos. No se le cobrará a los hospitales que, de forma voluntaria, acepten recibir una evaluación de validación.

Proceso de la evaluación de validación

Se invitará a las organizaciones que hayan logrado la acreditación de JCI a que sean voluntarias para una evaluación de validación inmediatamente después de una evaluación inicial o trienal. Las evaluaciones de validación se realizarán en un plazo de 60 a 180 días después de una evaluación inicial o trienal. La duración y los componentes de la evaluación serán una réplica del proceso de evaluación inicial o trienal más reciente del hospital. Los evaluadores asignados para realizar la evaluación de validación no tendrán información sobre los resultados de la evaluación inicial o trienal más reciente del hospital y se pedirá al hospital que de ninguna manera comparta dicha información con los evaluadores.

La decisión de acreditación del hospital participante no se verá afectada por las conclusiones de una evaluación de validación de acuerdo con las reglas de decisión aplicables a una evaluación inicial o trienal.

Sin embargo, si se identifica alguna condición durante la evaluación y se cree que presenta una amenaza para la salud o la seguridad del público o los pacientes, se

notificará a la Oficina Central de JCI y se implementará el Protocolo de JCI de Amenaza a la Salud y la Seguridad de JCI. Al completar la evaluación, los evaluadores informarán verbalmente sus observaciones a la dirección del hospital. No se dejará un informe escrito en la organización.

Se pedirá a los hospitales voluntarios de una evaluación de validación que no divulguen los resultados de la evaluación de validación a ninguna persona ni organización ajena a los mismos. Igualmente, JCI no divulgará información sobre esta evaluación al público.

Política de amenaza a la salud y la seguridad

Propósito

Dotar a los evaluadores de JCI de un procedimiento que responda a una situación que en su opinión suponga una grave amenaza contra la salud o la seguridad del paciente o de la sociedad en el centro que evalúan.

Política

El Programa de Acreditación de JCI puede considerar, en el marco de una acreditación, las observaciones del evaluador, una reclamación al centro o a JCI u otra información recibida por JCI y que afecte a la decisión de si cierto aspecto de las actividades del centro desemboque en, o es posible que derive en daño, trastorno, lesión grave o mortalidad entre los pacientes, los trabajadores o la sociedad y que corresponde reaccionar inmediatamente.

Responsabilidades

Los evaluadores de JCI se responsabilizan de indicar todas las situaciones que en su opinión entrañen potencial de provocar daño, trastorno o lesión grave o mortalidad entre los pacientes, los trabajadores o la sociedad en el centro que están evaluando.

Procedimiento

El procedimiento a seguir en caso de amenaza a la salud y la seguridad cursa como sigue:

1. El evaluador informa inmediatamente al Programa de Acreditación de JCI de cualquier suceso identificado por él que en su opinión considere que plantea este tipo de amenaza grave a la salud y la seguridad del paciente o de la sociedad.
2. El director ejecutivo del Programa de Acreditación de JCI puede pedirle al jefe del equipo de evaluadores, si la evaluación está en curso, que se encargue de tramitar al centro la convocatoria de reunión desde el Programa de Acreditación de JCI para debatir las observaciones con la alta dirección del centro.

3. La evaluación proseguirá y todas las observaciones subsiguientes se indicarán inmediatamente al programa de Acreditación de JCI.
4. El director ejecutivo en jefe de JCI, acreditaciones y estándares, presentará una recomendación al presidente y al director general de JCI sobre la conveniencia de declarar la categoría de amenaza a la salud o la seguridad.
5. El presidente y el director general, o la presidencia del Comité de Acreditación, de no estar disponible el presidente, tras consultas con el director ejecutivo en jefe, acreditaciones y estándares, pueden hacer pública acto seguido una decisión por la que deja ya de estar en vigor cualquier categoría de acreditación existente hasta que el Comité de Acreditación de JCI proceda a la revisión.
6. El presidente y el director general, o la presidencia del Comité de Acreditación, puede emitir acto seguido una decisión urgente de Acreditación Denegada.
7. El director ejecutivo en jefe, acreditaciones y estándares, informará rápidamente a la dirección del centro (y a las autoridades oficiales pertinentes, si procede) de dicha decisión y de las observaciones que la justifican.
8. El Comité de Acreditación de JCI confirma o revoca la decisión en su próxima reunión o en una reunión extraordinaria a convocar a instancias del presidente y del director general o del director ejecutivo en jefe, acreditaciones y estándares, sobre la base del nivel de amenaza a la salud o la seguridad. El Comité de Acreditación de JCI considerará la información recibida del centro acreditado para decidir a continuación si se deniega la acreditación con inmediatez o si actúa según convenga. El Comité de Acreditación puede tener en cuenta las acciones correctivas del centro o cómo este responde a una situación de amenaza grave. El centro puede ofrecer información que demuestre que la situación de amenaza grave a la salud y la seguridad se ha corregido antes de que el Comité de Acreditación se planteara decidir denegar la acreditación.

En estas situaciones, se estudian las acciones correctivas tomadas cuando un asunto concreto lleva a la observación adversa y el centro demuestra que:

- ha actuado de inmediato para resolver completamente el problema;
- ha hecho un análisis de causa fundamental pormenorizado y creíble;
- ha introducido cambios en los sistemas para evitar que el problema se reproduzca; y
- una evaluación focalizada programada ha verificado que se ha ejecutado cada una de las acciones correctivas reseñadas.

Confidencialidad

JCI respeta la confidencialidad de la siguiente información recibida o recabada durante el proceso de acreditación:

- El Informe Oficial de Observaciones de la Evaluación, a menos que el centro quiera destinar la acreditación a cumplir con exigencias gubernamentales (por ejemplo, certificación oficial). JCI seguirá facilitando información, hasta

el nivel del Informe Oficial de Observaciones de la Evaluación inclusive, a los organismos oficiales pertinentes con el permiso del centro acreditado.

- La información obtenida sobre el centro antes, durante o después de la evaluación de acreditación, destinada a determinar el cumplimiento con los estándares específicos de acreditación.
- El análisis de causa fundamental de un centro o el plan de acción que ha trazado para responder a un suceso centinela o a otras circunstancias especificadas por JCI.
- La totalidad del material restante que puede determinar la decisión de acreditación (por ejemplo, las notas del evaluador).
- Los análisis del equipo por escrito y la agenda y las actas del Comité de Acreditación.
- La identidad de cualquier persona que presenta una reclamación contra un centro acreditado, a menos que JCI cuente con el permiso expreso del querelante o a menos que lo contemple la ley. JCI hará público lo siguiente:
 - La categoría de centro acreditado, esto es, si el centro se ha acreditado, si se le ha denegado la acreditación o si JCI le ha retirado la acreditación.
 - A petición, el número de reclamaciones contra un centro que le hace susceptible de cubrir los criterios de revisión de JCI.
 - La categoría de un centro registrado en la página web de JCI como Acreditado (con expresión de fecha) o como Acreditación Retirada (con expresión de fecha). La categoría de Acreditación Retirada se mantendrá por un año en la página web de JCI.

JCI facilitará a quien presente una reclamación que cubra los criterios de revisión:

- los estándares aplicables revisados;
- cualesquiera estándares sobre los que se emitieron Recomendaciones de Mejora como fruto de la revisión; y, si procede
- cualquier cambio en la categoría de acreditación del centro.

El centro acreditado puede revelar más información detallada, hasta el nivel de su Informe Oficial de Observaciones de la Evaluación inclusive, a quien desee. No obstante, si un centro divulga información inexacta sobre su acreditación, JCI se reserva el derecho a aclarar dicha información que de otro modo se consideraría confidencial.

Política de riesgo de denegación de la acreditación

Propósito

Esta política permite que el equipo del Programa de Acreditación de JCI identifique condiciones especiales que, de concurrir en un centro acreditado, podrían individual o colectivamente justificar la necesidad de una exploración más que garantice que la calidad del centro y el programa de seguridad de los pacientes no sufre ninguna amenaza.

Política

El Riesgo de Denegación de la Acreditación es una categoría administrativa que se activa cuando el equipo del Programa de Acreditación de JCI determina que se presentan una o más de las siguientes siete condiciones:

1. Dentro del centro existe una amenaza inmediata contra la seguridad del paciente, la salud pública o la seguridad de los trabajadores.
2. Una persona carente de colegiación, permiso o titulación presta o ha prestado servicios sanitarios en el centro a quien la ley y las normativas vigentes imponen tal colegiación, permiso o titulación y que haya hecho correr a los pacientes del centro un riesgo de resultado adverso grave.
3. JCI está razonablemente convencida de que el centro ha presentado documentación falsificada o información adulterada en el intento de hacerse con la acreditación o de retenerla, según contempla la Política de Información Exacta y Veraz.
4. El número de estándares incumplidos (no cumplidos o cumplidos en parte) en el momento de la evaluación supera la media (tres o más desviaciones estándar) respecto a centros pertenecientes al mismo programa evaluados durante los 24 meses anteriores.
5. El centro carece de permiso, certificado y/o autorización, según y cuando lo contemplan la ley y las normativas en vigor, a fin de prestar los servicios sanitarios para los que el centro se quiere acreditar.
6. El centro no ha cubierto la política de acreditación en cuanto a Requisitos de Información entre Evaluaciones
7. El centro no presenta un Plan Estratégico de Mejora aceptable (PEM) dentro del plazo de 120 días desde que se evaluó el centro.

Responsabilidades

El equipo y los evaluadores del Programa de Acreditación de JCI pueden identificar las condiciones durante una evaluación *in situ*, durante la revisión de un informe de evaluación o una actividad de seguimiento postevaluación, o sobre la base de una reclamación presentada contra el centro.

Los evaluadores confirmarán/investigarán la condición correspondiente ya sea *in situ* mientras realizan una evaluación o en el marco de una evaluación focalizada. El Comité de Acreditación revisará las recomendaciones del equipo del Programa de Acreditación de JCI.

Procedimiento

Cuando se identifica la existencia de una o más de las siete condiciones antecitadas, el equipo del Programa de Acreditación de JCI lo notificará al director ejecutivo, a acreditaciones de JCI y/o al director ejecutivo en jefe, acreditaciones y estándares,

para revisar la situación. Sobre la base del resultado de la revisión, se puede notificar al presidente y al director general de JCI, en función del/los riesgos identificados.

Se tomará una determinación respecto a los pasos siguientes, tales como pedir al centro que aclare información, programar una evaluación focalizada de seguimiento, una evaluación focalizada por causa determinante u otra acción según convenga.

Cuando los evaluadores comprueban que la condición se ha agravado sin resolverse, se recomendará la Denegación de Acreditación al Comité de Acreditación. El centro tiene el derecho a recurrir a esta decisión según se contempla en la política de JCI sobre el Recurso a las Decisiones cuando la Acreditación de JCI se Deniega o se Retira.

Después de la evaluación

Revisión del informe oficial de observaciones de la evaluación

El centro cuenta con siete días a partir del último día de la evaluación para pedir, por escrito o por correo electrónico, la revisión del informe relativo a las observaciones de la evaluación. Esta solicitud de revisión tiene que acompañar a los datos e informaciones adecuados que justifiquen dicha petición. El Comité de Acreditación estudia dicha solicitud de revisión y toma la decisión final.

La decisión de acreditación (reglas de decisión)

El Comité de Acreditación de JCI toma las decisiones de acreditación basándose en las observaciones de la evaluación. El centro puede recibir una de estas dos decisiones de acreditación siguientes:

Acreditado o Acreditación Denegada. Estas decisiones de acreditación se basan en si el centro cubre o no las reglas de decisión.

Recurso a las decisiones cuando se deniega o retira la acreditación de JCI

Si sobre la base de una actividad de evaluación focalizada, completa o de otro tipo, o de un caso de amenaza letal se toma la decisión de denegar o retirar la acreditación, el centro cuenta con 20 días naturales desde que haya recibido el Informe Oficial de Observaciones de la Evaluación o la notificación de que se le retira la acreditación para informar a JCI, por correo convencional o electrónico, de que se dispone a recurrir la decisión.

A continuación, el centro cuenta con 60 días más para presentar ante JCI, por correo convencional o electrónico, datos e información aceptables que justifiquen su recurso. Si una vez JCI ha revisado el expediente presentado se confirma la decisión de que se deniega o retira la acreditación, el centro, a costa suya, puede comparecer ante el Comité de Acreditación de JCI para argumentar su recurso. A continuación, se esboza el procedimiento de revisión y recurso:

- Notificación al Centro de Áreas de Incumplimiento de los Estándares de JCI o Condiciones Relativas a Amenaza Letal. Si el equipo de JCI, sobre la base de las observaciones de la evaluación, los documentos de la misma y sobre cualesquiera otros materiales pertinentes o información recibida procedente de cualquier fuente, resuelve, según las reglas de decisión aprobadas por el Comité de Acreditación de JCI, recomendarle al Comité de Acreditación de JCI que se deniegue al centro la acreditación o que se le retire, el equipo especificará sus observaciones y su resolución. El centro puede entonces:
 - aceptar las observaciones y la resolución; o
 - presentar ante JCI las pruebas de que cumple con los estándares de JCI reseñados en el momento de la evaluación que no se reproducen en el Informe Oficial de Observaciones de la Evaluación, junto con la explicación del motivo por el que no se contaba con semejante información cuando se realizó la evaluación; o
 - presentar ante JCI pruebas referentes a las observaciones relativas a la situación de amenaza letal.

Consideración de la respuesta del centro

JCI revisará el expediente presentado y, según las reglas de decisión aprobadas por el Comité de Acreditación de JCI, procederá entonces a:

- recomendar al Comité de Acreditación de JCI que se acredite al centro; o
- recomendar que se deniegue la acreditación al centro;
- acciones por parte del Comité de Acreditación de JCI. Acto seguido, el Comité de Acreditación de JCI puede proceder a:
 - acreditar el centro;
 - denegar la acreditación al centro;
 - posponer la decisión mientras se recaba más información sobre la categoría de cumplimiento del centro o la situación de amenaza letal y las revisa el equipo de acreditación de JCI; o
 - se ordena una reevaluación o una evaluación focalizada del centro y una evaluación de los resultados en la medida que el equipo de acreditación de JCI considere conveniente.

Si un centro se retira del proceso de acreditación una vez realizada la evaluación, el Comité de Acreditación de JCI basará la decisión que tome en las observaciones procedentes de la evaluación completa y en el seguimiento, y presentará su decisión ante el centro.

Información del estado de acreditación disponible al público

JCI tiene el compromiso de poner a disposición del público información pertinente y precisa sobre las organizaciones evaluadas. La información sobre el desempeño de

una organización no solo ayuda a los proveedores sanitarios a mejorar sus servicios, sino que también ayuda a educar a los usuarios de la organización. Dicha información también podrá ayudar a los pacientes y pagadores a tomar decisiones informadas para seleccionar los profesionales sanitarios.

Sin embargo, es importante mantener la confidencialidad de cierta información para fomentar la transparencia en el proceso de acreditación. Esta transparencia facilita la mejora de la calidad de la atención sanitaria para el beneficio del público.

Exhibición y uso de la adjudicación de la acreditación

JCI entrega a cada organización un certificado de acreditación al momento de la acreditación inicial y al renovar la acreditación. No existen cargos por este certificado. Se pueden adquirir copias adicionales de los certificados contactándose con JCI.

El certificado y todas las copias siguen siendo propiedad de JCI. Se deberán devolver si:

- se emite un nuevo certificado para la organización que refleje un cambio en el nombre; o,
- se retira o niega la acreditación de la organización por cualquier motivo.

Una organización acreditada por JCI debe ser precisa al describir al público la naturaleza y el significado del otorgamiento de la acreditación. Por lo tanto, la organización no debe falsificar su estado de acreditación ni las instalaciones y servicios a los que corresponde el otorgamiento de la acreditación. JCI entregará a cada organización que reciba la acreditación las guías apropiadas para anunciar su acreditación.

Continuación de la acreditación

La JCI monitoriza las organizaciones acreditadas y los programas certificados para comprobar el cumplimiento de todos los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente y los estándares relevantes de la JCI de forma continuada a lo largo de los tres años que dura la acreditación.

Requisitos de información entre evaluaciones

Propósito

Procurar un circuito de comunicación en curso a lo largo del ciclo trienal de acreditación entre el centro acreditado y el programa de Acreditación de JCI para garantizar que el centro sigue cumpliendo los requisitos de acreditación una vez ya acreditado.

Política

La acreditación no se transmite ni se continúa automáticamente de producirse cambios significativos en el centro acreditado. Tales cambios pueden precisar una evaluación focalizada o completa de acreditación si el programa:

- ha instaurado un nuevo servicio o programa contemplado por los estándares de JCI, incluyendo cualesquiera ampliaciones o cancelaciones de tipos de servicios sanitarios;
- ha efectuado un cambio en el nombre del programa/centro y/o en la titularidad, incluyendo cualquier número importante de cambios en la dirección y en los profesionales clínicos o en las políticas y procedimientos operativos;
- ha efectuado un cambio de las personas de contacto que el centro/programa ha designado para todo lo referente a las comunicaciones que afecten a la acreditación;
- ha efectuado un cambio entre los miembros de la dirección del centro o del programa y/o entre los miembros del personal designado como contactos principales de JCI;
- ha prestado al menos el 25% de sus servicios en un nuevo emplazamiento o en un equipamiento/edificio notablemente alterado;
- ha incrementado notablemente el volumen de servicios, por ejemplo, ampliando la capacidad de prestar o de hacer uso de los servicios un 25% o más según se mida en función de las camas, visitas a los pacientes, unidades de equipamiento u otros factores de medición pertinentes;
- ha reducido notablemente el volumen de servicios, por ejemplo, disminuyendo su capacidad de prestar o de hacer uso de los servicios un 25% o más según se mida en función de las camas, visitas a los pacientes, unidades de equipamiento u otros factores de medición pertinentes;
- ha ascendido a un nivel de servicio más intensivo (por ejemplo, subir de rehabilitación cardíaca ambulatoria a cardiología diagnóstica invasiva de agudos);
- ha fundido con, afiliado a, o adquirido un centro, servicio o programa no acreditado para el que JCI cuenta con estándares aplicables;
- si una entidad de registro o certificadora local, regional o nacional ha llevado a cabo una auditoría o investigación resultante en recomendaciones de mejora o en un resultado adverso que exige un cambio inmediato en los centros (por ejemplo, el cierre obligatorio de la totalidad o de una parte del centro o de un/unos departamentos, programas o servicios que impide que el centro preste asistencia a los pacientes); y/o
- si se ha revocado, cancelado, recortado o retirado el permiso, autorización o colegiación de un médico para ejercer la medicina y para atender a los pacientes del centro por parte de las autoridades certificadoras/oficiales o por parte del centro y el médico sigue ejerciendo en este.

De producirse cualquiera de estos cambios, el centro/programa tiene que notificárselo a JCI por escrito antes de transcurridos 30 días una vez sucedidos tales cambios. Un centro/programa que no notifique oportunamente tales cambios a JCI, basándose en el cumplimiento de la Política de Información Exacta y Veraz, pasará a la categoría administrativa de En Riesgo de Denegación de Acreditación, según contempla la política.

Política sobre eventos centinela de JCI

Eventos centinela

Apoyando la misión de mejorar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria que ofrece a la comunidad internacional, JCI revisa las actividades de la organización en respuesta ante eventos centinela en su proceso de acreditación. Esto incluye todas las evaluaciones iniciales de acreditación, evaluaciones trienales de acreditación y evaluaciones focalizadas, según correspondan. Se considera lo siguiente:

- Un evento centinela es un suceso imprevisto que implica la muerte o la pérdida permanente y grave de una función no relacionada con el curso normal de la enfermedad o del problema subyacente del paciente.
- Un evento centinela puede ocurrir debido a una cirugía en un lugar incorrecto, un procedimiento incorrecto o del paciente equivocado.
- Dichos acontecimientos se llaman “centinela” porque señalan la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas.
- Los términos “eventos centinela” y “error médico” no son sinónimos; no todos los eventos centinela ocurren debido a un error y no todos los errores tienen como resultado un acontecimiento centinela.

Objetivos de la política de eventos centinela

La política tiene cuatro objetivos:

1. Tener un impacto positivo en la mejora de la atención, el tratamiento y los servicios al paciente y evitar eventos centinela.
2. Concentrar la atención de una organización que sufrió un evento centinela en comprender las causas que subyacen al acontecimiento y en cambiar los sistemas y procesos de la organización para reducir la probabilidad de que dicho evento suceda en el futuro.
3. Aumentar el conocimiento general sobre los eventos centinela, sus causas y estrategias de prevención.
4. Mantener la confianza en el proceso de acreditación por parte del público y de las organizaciones con acreditación internacional.

Definición de evento centinela

Los estándares de este manual relacionados con la calidad y la seguridad del paciente exigen que cada organización acreditada establezca qué acontecimientos imprevistos son significativos y el proceso para su análisis intensivo. Si bien la determinación de qué constituye un acontecimiento significativo debe ser coherente con la definición general de “evento centinela” según se describe en esta política, las organizaciones acreditadas tienen cierta flexibilidad para definir parámetros más específicos de los términos “imprevisto” y “pérdida permanente y grave de una función”. Como mínimo, una organización debe incluir los acontecimientos que están sujetos a revisión y se listan a continuación:

- muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente (por ejemplo, suicidio);
- pérdida permanente importante de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente;
- cirugía en el lugar incorrecto, en el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado; y
- robo de un recién nacido o recién nacido que es dado de alta a la familia equivocada.

Expectativas de la respuesta de una organización ante un evento centinela

Se espera que las organizaciones acreditadas identifiquen y respondan adecuadamente ante todos los eventos centinela (según lo establecido por la organización de acuerdo con el párrafo anterior) que ocurran en la organización o se asocien con los servicios que presta la organización, o que la misma procura. Una respuesta adecuada incluye realizar un análisis causa raíz oportuno, completo y creíble, crear un plan de acción diseñado para implementar las mejoras para reducir los riesgos, implementar las mejoras y controlar la efectividad de estas mejoras.

- *Análisis causa raíz:* el análisis causa raíz es un proceso para identificar la base o los factores causales que llevan a la variación en el desempeño, inclusive la incidencia o posible incidencia de un acontecimiento centinela. Un análisis de la causa raíz se centra principalmente en los sistemas y procesos, no en el desempeño individual.
- *Plan de acción:* el producto del análisis causa raíz es un plan de acción que la organización planifica poner en práctica a fin de reducir el riesgo de que ocurran acontecimientos similares en el futuro. El plan debe tratar la responsabilidad de la implementación, supervisión, pruebas piloto según corresponda, marcos temporales y estrategias para medir la efectividad de las acciones.
- *Proceso de evaluación:* al realizar una evaluación de acreditación, JCI busca evaluar el cumplimiento de los estándares correspondientes por parte de la organización y calificar estos estándares según el desempeño a través de toda

la organización durante cierto tiempo (por ejemplo, los doce meses anteriores para una evaluación trienal o los cuatro meses anteriores para una evaluación inicial).

Si, durante la realización de las actividades normales de la evaluación, se identifica un evento centinela, los evaluadores harán lo siguiente:

- Informar a la dirección del centro de que se identificó un evento.
- Informar a la dirección del centro de que el evento se reportará ante la Oficina Central de JCI para una revisión y seguimientos posteriormente, según las disposiciones de la Política de Eventos Centinela.

Durante la evaluación los evaluadores investigarán el cumplimiento de la organización con respecto a los estándares relacionados con eventos centinela de los siguientes modos:

- Revisarán el proceso de la organización para responder ante un evento centinela.
- Entrevistarán a los directores y al personal de la organización para conocer sus expectativas y responsabilidades para identificar, reportar y responder ante eventos centinela.
- Pedirán un ejemplo de un análisis de causa raíz que se haya realizado en el último año para evaluar si el proceso de la organización para responder ante un evento centinela es adecuado.
- Revisarán ejemplos adicionales, si fuera necesario, para evaluar más a fondo la comprensión y la capacidad de la organización para llevar a cabo un análisis causa raíz. Al elegir un ejemplo, la organización podrá elegir un “caso cerrado” para demostrar su proceso para responder ante un evento centinela.

¿Cómo JCI tiene conocimiento de que existe un evento centinela?

Si bien no es requerido, se espera que cada hospital reporte a JCI los eventos centinela que cumplan con los criterios anteriormente presentados para revisión. De lo contrario, JCI podrá tener conocimiento de un evento centinela por otros medios, como un comunicado de un paciente, familiar, empleado del hospital, evaluador o a través de un medio de comunicación.

Motivos para reportar un evento centinela a JCI

Aunque el autorreporte de un evento centinela no es requerido y no hay diferencia en la respuesta esperada, marco de tiempo, ni los procedimientos de revisión, si el hospital reporta voluntariamente el evento o si JCI se entera del acontecimiento por algún otro medio, hay dos ventajas importantes para el hospital que autorreporta un acontecimiento centinela:

- El reporte temprano brinda una oportunidad para consultar con el personal de acreditación de la oficina central de JCI durante el desarrollo del análisis causa raíz y el plan de acción.
- La comunicación entre la organización y el público debe demostrar que está haciendo todo lo posible para asegurar que tal acontecimiento no sucederá otra vez y es solidificado por su reconocimiento y colaboración con JCI para entender cómo sucedió el evento y qué se puede hacer para reducir el riesgo de tal evento en el futuro.

Eventos centinela evaluables

La definición de un evento centinela que debe ser evaluado toma en cuenta una gran variedad de acontecimientos aplicables a una amplia gama de organizaciones sanitarias. Estos acontecimientos pueden aplicarse a un hospital en particular. Por lo tanto, una de las siguientes ocurrencias se puede aplicar a su hospital. Los siguientes eventos centinela están sujetos a revisión por parte de JCI e incluyen los eventos que cumplen los siguientes criterios:

- muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente (por ejemplo suicidio);
- pérdida permanente importante de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente; y
- cirugía en el lugar incorrecto, en el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado; y
- robo de un recién nacido o recién nacido que es dado de alta a la familia equivocada.

Respuesta obligada ante un evento centinela evaluable

Si JCI tiene conocimiento (por notificación voluntaria o por otros medios) de un evento centinela que cumple con los criterios anteriores y el evento ocurrió en una organización acreditada, se espera que la organización haga lo siguiente:

- Prepare un plan de acción exhaustivo y creíble dentro de los 45 días calendario de cuando ocurrió el evento o de cuando tuvo conocimiento.
- Presente a JCI su análisis de causa raíz y el plan de acción, o de lo contrario permita la evaluación de JCI de su respuesta ante el evento centinela.

Revisión del análisis de causa raíz y del plan de acción

Se considerará que un análisis causa raíz es aceptable si cuenta con las siguientes características:

- El análisis se centra principalmente en los sistemas y procesos, no en el desempeño individual.

- Se analizan desde las causas específicas en el proceso de atención clínica hasta las causas comunes en los procesos de la organización.
- El análisis es cada vez más profundo.
- El análisis identifica cambios que se pudieron haber hecho en los sistemas y procesos (ya sea mediante un nuevo diseño o la creación de nuevos sistemas o procesos) que reducirían el riesgo de que dichos eventos ocurran en el futuro.

JCI considerará y tratará como confidenciales todos los análisis causa raíz y los planes de acción.

Actividades de Seguimiento

Después de que JCI haya determinado que una organización realizó un análisis causa raíz y un plan de acción aceptable, JCI notificará a la organización que el análisis de causa raíz y el plan de acción son aceptables y asignará una actividad de seguimiento apropiada, normalmente un informe escrito del progreso a presentar en cuatro meses.

Implementación de la política de eventos centinela

Si una organización desea reportar un evento centinela que se encuentre dentro del grupo de eventos centinela sujetos a revisión por parte de JCI, la organización podrá enviar el informe a la oficina central de JCI por correo, correo electrónico o fax. Si JCI tiene conocimiento de un evento centinela sujeto a revisión según la Política de Eventos Centinela el cual no haya sido denunciado ante JCI por la organización, se contactará con la dirección del centro y se hará una evaluación preliminar del evento centinela. Si un evento centinela ocurrió más de un año antes de la fecha en que JCI tenga conocimiento del acontecimiento, en la mayoría de los casos, no se revisará el acontecimiento de acuerdo a la Política de Eventos Centinela. En dichos casos, se solicitará a la organización una respuesta por escrito que incluya un resumen de los procesos puestos en práctica para evitar sucesos similares.

Basándose en la información recibida sobre el evento, el personal de JCI podrá aplicar la definición anterior para determinar si un evento se puede revisar según la Política de Eventos Centinela. Las discrepancias sobre la determinación de si un evento es revisable se resolverán mediante consulta con el Director Ejecutivo de JCI y el Director Médico de JCI.

Revisión inicial de un evento centinela en la organización

Normalmente, no se realizará una revisión inicial en persona de un evento centinela en el centro a menos que se determine que existe una amenaza probable, inmediata y permanente para la salud y seguridad del paciente, o un incumplimiento potencialmente significativo de los estándares de JCI. Los incidentes potencialmente mortales incluyen situaciones en las que el incumplimiento por parte de la organización de uno o más estándares causó, o posiblemente cause, una pérdida permanente y grave de una

función, incapacidad o muerte de un paciente y es probable que continúe existiendo este peligro. Las quejas reciben esta prioridad si la información indica que es necesaria una medida correctiva inmediata. Todas se envían inmediatamente al director ejecutivo de JCI para autorizar la realización de una evaluación focalizada. Si se realiza una evaluación focalizada, se cobrará a la organización un monto apropiado según el plan de tarifas establecido para cubrir los costos de la realización de dicha evaluación.

Información que se puede divulgar

Si JCI recibe una pregunta sobre la decisión de acreditación de una organización que experimentó un evento centinela revisable, se informará la decisión de acreditación de la organización de modo usual sin hacer referencia al evento centinela. Si quien hace la pregunta hace referencia específica al evento centinela, JCI reconocerá que está al tanto del acontecimiento y que está actualmente trabajando o que trabajó con la organización durante el proceso de revisión del evento centinela.

Gestión de reclamaciones/control de calidad

Respuesta a una reclamación contra un centro acreditado por JCI. La Oficina de Acreditación de Control de Calidad y Seguridad de JCI clasifica y revisa los expedientes, reclamaciones y preguntas relativos a centros sanitarios acreditados originados por multitud de fuentes. Dichas reclamaciones suelen proceder de pacientes, familiares y profesionales sanitarios, de organismos oficiales en forma de informes, o se recaban de los medios de comunicación. En consecuencia, el término reclamación cubre una amplia gama de información recibida por el programa de Acreditación de JCI.

Una vez revisada la reclamación por el Programa de Acreditación de JCI, puede emprenderse una serie de acciones; entre ellas, la de recoger información para extraer tendencias y proceder a posibles actuaciones futuras, la de averiguar cómo responde a la reclamación el centro sanitario implicado, y la de que se realice una evaluación por causa determinante. Si el programa de Acreditación de JCI resuelve que el centro debe responder a la reclamación, este será notificado al respecto. La solicitud de respuesta se enviará por correo electrónico a la dirección del centro con la siguiente información:

- La reclamación íntegra.
- Un resumen de la misma si el denunciante exige anonimato.

El centro sanitario al cual se requiere que responda a una reclamación debe hacerlo normalmente en el plazo de 30 días una vez notificado. Si se trata de asuntos más graves, se puede instar al centro a que responda a la reclamación dentro del plazo de siete días después de la notificación o antes. Se notificará al centro si la respuesta a la reclamación se exige a la mayor brevedad posible.

Una vez recibida la respuesta, se evalúa si cumple con los estándares pertinentes de acreditación de JCI. Se notificará al centro si se precisa más información.

Una vez completada y aceptada la respuesta del centro, se envía a la dirección la aceptación, con lo que el caso se considera cerrado.

El Programa de Acreditación de JCI exige que el centro acreditado informe a la plantilla, los pacientes y los visitantes del hospital que si las reclamaciones no se resuelven a su satisfacción, estos pueden optar por presentar sus reclamaciones ante el Programa de Acreditación de JCI.

Las políticas del Programa de Acreditación prohíben que el centro tome represalias contra los empleados que presenten reclamaciones ante el programa de Acreditación de JCI y prohíben que el Programa de Acreditación de JCI revele a un reclamante si la reclamación está justificada.

Proceso de renovación de la acreditación

La JCI envía a la organización una solicitud para una nueva evaluación antes de la fecha de vencimiento de la acreditación trienal (cada tres años) de la organización. La organización es responsable de completar y entregar la solicitud de evaluación a JCI antes de la fecha especificada. La JCI programa la evaluación. Se hace todo lo posible para programar la evaluación trienal cerca del final del ciclo anterior de acreditación.

JCI trabajará con la organización y demás organizaciones en el país o región donde deban realizarse evaluaciones para programar las fechas adecuadas para las mismas. El estado previo de acreditación de una organización permanecerá vigente hasta dos meses después de haber completado una evaluación completa de acreditación y de lograr todo seguimiento requerido. Si durante el periodo de acreditación, JCI recibe información de que la organización no cumple sustancialmente con los estándares actuales de acreditación, JCI determinará la necesidad de realizar una nueva evaluación de la organización y/o de tomar una nueva decisión de acreditación. (Véase más adelante también Política de evaluaciones focalizadas de JCI).

Política de fecha de entrada en vigor de los estándares

Propósito

Fijar la fecha para la que se espera que los centros acreditados cumplan completamente con los estándares revisados y la fecha en que se puede evaluar a los centros solicitantes de acreditación según los estándares nuevos o revisados.

Definición

Fecha de entrada en vigor se define como la fecha publicada en la portada de las ediciones de los estándares después de la cual todas las actividades relativas a la acreditación se ejecutaran rigiéndose por tales estándares.

Política

La fecha de entrada en vigor de la primera edición de los estándares del nuevo Programa de Acreditación de JCI se determina que es la de publicación del manual de estándares.

El equipo determina que la fecha de entrada en vigor de las siguientes ediciones de los estándares es seis meses después de la publicación oficial de los estándares.

Las evaluaciones de acreditación de cualquier tipo se ejecutan bajo los estándares vigentes en el momento de la evaluación. No se ejecutarán evaluaciones empleándose estándares caducados o aún no vigentes.

Los estándares se publicarán al menos seis meses antes de la fecha de entrada en vigor a fin de dar un margen de tiempo a los centros para que puedan cumplir completamente con los estándares revisados en la fecha de entrada en vigor.

Procedimiento

Cada edición del manual de estándares, una vez aprobados por el Comité de Acreditación de JCI, se presentará al Departamento de Publicaciones para proceder a su edición e impresión definitivas. El personal del Departamento de Publicaciones y del Programa de Acreditación de JCI anticipan una fecha de publicación. Se fija a continuación que la fecha de entrada en vigor oficial es seis meses después de la fecha de publicación. La fecha de entrada en vigor será el primer día del mes indicado si no se estipula lo contrario.

Áreas de evaluación del programa de acreditación de hospitales

Sección I: Estándares centrados en el paciente

- Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG).
- Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC).
- Derechos del paciente y de su familia (PFR).
- Evaluación de pacientes (AOP).
- Atención de pacientes (COP).
- Anestesia y atención quirúrgica (ASC).
- Gestión y uso de medicamentos (MMU).
- Educación del paciente y de su familia (PFE).

Sección II: Estándares de gestión de la organización sanitaria

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS).

Bibliografía

- Andrzej Wojtczak. *Glosario de términos de educación médica*. Barcelona. Fundación Educación Médica. 2003.
- Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M. Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of Total Quality Management. *Int J Health Care Quality Ass*. 1999; 12:2-3: 54-58.
- Arter D. *Auditorías de calidad para mejorar su comportamiento*. Madrid. Ed. Díaz de Santos. 1998.
- Baldrige National Quality Program. Health-care criteria for performance excellence. 2001. available at: www.quality.nist.gov.
- Brocka B. *Gestión de Calidad: Cómo aplicar las mejores soluciones de los expertos*. Montevideo. Ed. Vergara. 1996.
- Gaucher E, Kratochwill E. The Malcolm Baldrige National Quality Award: implications and uses for healthcare organisations. *Inf Control Hosp Epidemiol*. 1995; 16: 5: 302-307.
- Goldstein SM, Schweikhart SB. Empirical support for the Baldrige Award framework in US hospitals. *Health Care Man Rev*. 2002; 27: 1: 62-75.
- Hertz HS, Reimann, CW, Bostwick MC. The Malcolm Baldrige National Quality Award concept: could it help stimulate or accelerate health-care quality improvement. *Quali Man Health Care*. 1994; 2: 4: 63-72.
- Jensen LA. Improving health-care quality application of the Baldrige process. *J Nurs Adm*. 1996; 26: 7-8: 51-54.
- Joint Commission on Accreditation of Health-care Organizations (JCAHO). *Joint Comm Guide Qual Assu*, JCAHO. Chicago. 1988
- Klazinga N. Concerted action programs on quality assurance in hospitals 1990-1993 (COMAC/HSR/QA), global results of the evaluation. *Int J Qual Ass*. 1994; 6: 219-230.
- Medrano González F. *Proyecto de un Programa de Calidad para el Complejo Hospitalario de Albacete*. 2002.
- Relman A. Assessment and accountability, the third revolution in medical care. *New Engl J Med*. 1988; 319: 1220-1222.
- Ruíz U. *Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria. Programa Marco: 1ª Fase, 1986-1990*. Madrid. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), Ministerio de Sanidad y Consumo. 1988.
- Ruíz U. *Guía de Propuestas para la Acreditación de Hospitales en España*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991b.
- Ruíz, U. *Programa Signo. Manual del Usuario. Gestión Analítica. Hacia la Contabilidad Analítica en los Hospitales*. Madrid. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991c.
- Ruíz U, Simón, J. La mejora Continua en el sistema sanitario: resultados de la 1ª fase de implantación del Plan de Calidad en España (1986-1992). *Rev. San Hig Pub*. 1994; 68: 535-548.
- Ruíz U, Acedo K, Buenaventura R, Coll, J, Coronado S, Rivero A, Rocillo S. Implementing total quality management in the Spanish health-care system. *Qual Ass Health Care*. 1992; 4: 43-59.
- Schyve PM A trio for quality. Accreditation, Baldrige and ISO 9000 can play a role in reducing medical errors. *Quality Progress* 2000a; June: 53-5.

- Schyve PM. The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission of Accreditation of Health-care Organizations. *Int J Qual Health Care*. 2000b; 12: 3: 255-258.
- Scrivens E. *Accreditation – Protecting the Professional or the Consumer?* Centre for Health Planning and Management. Keele and Toronto. Keele University, Scholarly Book Services and Garamond Press. 1995.
- Simón J, Ruiz, U. Accreditation trends in Spain. *Int J Health Planning Man*. 1995a; 10: 193-200.
- Simón J, Ruiz U. Actividades de garantía de calidad en 62 hospitales del Sistema Nacional de Salud en España. *Rev Esp Salud Pública* 1995b; Vol. 69, pp: 341-7.
- Thompson AGH. Competition and quality: looking for evidence for health-care reforms. *Int J Qual Health Care*. 1998; 10; 5: 371-373.
- Thompson AGH. New millennium, new values: citizen participation as the democratic ideal in health care. *Int J Qual Health Care*. 1999; 11; 6: 461-464.
- Weeks WB, Hamby L, Batalden PB. Using the Baldrige management system framework in health care: the Veterans Health Administration experience. *Joint Comm J Quality Improv*. 2000; 26; 7: 379-387.

Otros capítulos de la obra publicados:

- Sistemas sanitarios y reformas: Enfoque hacia la calidad
- Características de los modelos sanitarios
- Indicadores de actividad de las organizaciones sanitarias
- Indicadores de calidad de las organizaciones sanitarias:
Indicadores de Calidad de la SECA y Modelo AHRQ
- Normativa ética y de calidad de la investigación biomédica
- Nueva gestión clínica enfocada a la calidad, gobernanza de microsistemas, Management basado en la evidencia y aplicativos refinados por procesos
- Acreditación de la calidad basada en el Modelo de la Joint Commission International
- El Hospital Verde
- Estructura Arquitectónica y diseño funcional, piezas clave en la mejora de la calidad asistencial
- Gestión de la calidad mediante mejora en la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario
- mHealth y su impacto en la calidad asistencial
- Gestión sanitaria para la calidad y la excelencia
- Ajustes de riesgos y calidad asistencial. Pago capitolativo, riesgo moral, demanda inducida y selección de riesgos
- Ajustes de riesgos y calidad asistencial. Agrupadores (APG, GRD, AP-GRD, IR-GRD, ACG, DxCG, CRG)
- Plan Estratégico de Gestión de las Organizaciones Sanitarias.
Gestión clínica y gobierno clínico

ISBN 978-84-9969-857-1

