

Implementación Modelo Acreditación JCI

La acreditación de la Joint Commission International (JCI) es el proceso de evaluación objetivo que puede ayudar a las organizaciones de atención médica a medir, evaluar y mejorar su desempeño para brindar atención segura y de alta calidad a sus pacientes



Docente:

Vivian Castañeda Solano

Materia: Gestión de la Calidad en Salud II

**Maestría en Gestión de la Calidad en Salud y Seguridad del Paciente
Pontificia Universidad Católica del Ecuador - PUCE**

Implementación Modelo Acreditación JCI



Centros Médicos Académicos



Atención Médica Ambulatoria



Acreditación Empresarial



Atención domiciliaria



Hospitales



Cuidados a largo plazo



Organizaciones de transporte médico



Centros de Atención Primaria



Servicios de Laboratorio

Tipo de Organizaciones de atención
médica que se pueden Acreditar

Implementación Modelo Acreditación JCI

Estado de la Acreditación en Ecuador y LATAM

EN ECUADOR

El "Club de la Excelencia" en Ecuador: La acreditación internacional es un hito de pocos.

- **Hospital Metropolitano (Quito)**, que en 2025 alcanzó su **5ta acreditación consecutiva** (Se mantiene en el Top 20 del Ranking regional (Intellat).
- **Hospital Solca (Guayaquil)**: Oncológico, busca fortalecer estándares internacionales para garantizar seguridad en procesos complejos.
- **Hospital de los Valles (Quito)**: Compite en este nivel de excelencia operativa.

CONTRASTE REGIONAL (RANKING 2025):

Liderazgo: Brasil y Colombia dominan el Top 10 regional (Hospital Albert Einstein y la Fundación Santa Fe, entre otros).

•**Ecuador:** El sistema está en una fase de "Cierre de Brechas".

•La calidad se mide principalmente a través de la **ACESS** en Ecuador mide la Calidad, se enfoca más en la habilitación y cumplimiento de normativas nacionales (obligatorio), que en estándares internacionales de alto nivel.

No se necesita ser del "Club de la Excelencia" para aplicar los **Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG)**; estos deben ser la base de *cualquier* hospital, esté acreditado o no

Implementación Modelo Acreditación JCI

RANKING INTELLAT DE MEJORES HOSPITALES Y CLÍNICAS DE AMÉRICA LATINA 2025

Ranking General de Calidad

Rk 2025	Hospital	País	Ciudad	Puntaje
1	Einstein Hospital Israelita	Brasil	São Paulo	97,30
2	Hospital Sirio-Libanês	Brasil	São Paulo	81,04
3	Fundación Santa Fe de Bogotá	Colombia	Bogotá	78,75
4	Hospital Italiano	Argentina	Buenos Aires	78,02
5	Fundación Valle del Lili	Colombia	Cali	75,95
6	Hospital Moinhos de Vento	Brasil	Porto Alegre	75,61
7	Fundación Cardioinfantil - La Cardio	Colombia	Bogotá	74,84
8	Centro Médico ABC	México	Ciudad de México	74,73
9	Clínica Imbanaco	Colombia	Cali	73,83
10	Hospital Punta Pacífica - Pacífica Salud	Panamá	Ciudad de Panamá	69,76
11	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Brasil	São Paulo	67,96
12	Hospital Nove de Julho	Brasil	São Paulo	67,65
13	Hospital Clínica Bíblica	Costa Rica	San José	67,13
14	Hospital Pablo Tobón Uribe	Colombia	Medellín	67,08
15	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Brasil	Porto Alegre	62,75
16	Hospital Zambrano Hellion - Tec Salud	México	San Pedro Garza García	62,43
17	Hospital Metropolitano	Ecuador	Quito	61,29
18	Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad	México	Monterrey	60,34
19	Hospital de San Vicente Fundación	Colombia	Medellín	60,33
20	Clínica Reina Sofía - Colsanitas	Colombia	Bogotá	56,81

Rk 2025	Hospital	País	Ciudad	Puntaje
21	Méderi Hospital Universitario	Colombia	Bogotá	56,71
22	Hospital Samaritano Higienópolis	Brasil	São Paulo	56,48
23	Clínica San Pablo	Perú	Lima	56,47
24	Clínica Las Américas AUNA	Colombia	Medellín	56,33
25	Hosp. Municip. Gilson de Cássia Marques de Carvalho - Vila Santa Catarina	Brasil	São Paulo	56,26
26	Clínica Somer	Colombia	Río Negro	55,64
27	HOMI - Hospital Pediátrico de la Misericordia	Colombia	Bogotá	54,13
28	Fundación Hospital Infantil Los Ángeles	Colombia	Pasto	53,31
29	Clínica del Occidente	Colombia	Bogotá	53,28
30	Hospital São Lucas Copacabana	Brasil	Rio de Janeiro	52,80
31	Clínica Universitaria Colombia - Colsanitas	Colombia	Bogotá	52,74
32	Complexo Américas	Brasil	Rio de Janeiro	52,73
33	Clínica Jesús del Norte	Perú	Lima	52,69
34	Hospital Samaritano Botafogo	Brasil	Rio de Janeiro	52,17
35	Clínica San Gabriel	Perú	Lima	52,16
36	Complexo Hospitalar de Niterói CHN	Brasil	Rio de Janeiro	52,10
37	Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch - M'Boi Mirim	Brasil	São Paulo	52,05
38	Hospital Infantil Teletón de Oncología	México	Querétaro	51,53
39	Hospital Paulistano	Brasil	São Paulo	51,30
40	Hospital Galenia	México	Cancún	51,23

Implementación Modelo Acreditación JCI

ESTADO DE LA ACREDITACIÓN EN ECUADOR Y LATAM

Otro comparativo: organizaciones con acreditación JCI vigente por país

País	Organizaciones JCI acreditadas	Fecha de referencia
Brasil	51	oct. 2023
Colombia	9	abr. 2025
Perú	8	oct. 2023
México	7	oct. 2023
Ecuador	1 (Hospital Metropolitano, Quito)	vigente

Fuentes: Cirrus/Ecaresoft (recuento regional JCI, oct. 2023); Consultorsalud / HIC (Colombia, abr. 2025); declaraciones institucionales del Hospital Metropolitano de Quito. Fechas de referencia distintas — comparación de orden de magnitud, no un corte único.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 1

Preparación — antes de la evaluación inicial

1

Autoevaluación interna

Revisión sistemática de la práctica actual frente a cada estándar y Elemento Medible (ME) aplicable.

2

Cierre de brechas

Ajuste de políticas, procesos e infraestructura según lo identificado en la autoevaluación.

3

Capacitación del personal

Formación de todo el personal — clínico y no clínico — en los estándares y su aplicación diaria.

4

Simulacro de encuesta

Ejercicio de "mock survey" antes de radicar la solicitud formal, para validar el nivel real de cumplimiento.

Duración típica

Entre 12 y 36 meses, según el tamaño, la complejidad y el nivel de madurez previo de la organización en gestión de calidad.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 2

Reconocimiento e interpretación de los Estándares

SECCIONES

- 1. Requisitos de Participación en la Acreditación (Sección I):**
Describe los requisitos específicos para participar en el proceso de acreditación y mantener la certificación otorgada.
- 2. Estándares relacionados con la prestación de atención al paciente (Sección II).**
- 3. Estándares relacionados con la provisión de una organización segura, eficaz y bien administrada (Sección III).**
- 4. Estándares relacionados con factores ambientales, sociales y de gobernanza que impactan a las organizaciones de atención médica (Sección IV).**
- 5. Solo para centros médicos académicos:** Estándares relacionados con la educación médica profesional y los programas de investigación con sujetos humanos **(Sección V).**

ANEXOS

- A. Medidas Provisionales:** Acciones para garantizar la seguridad de los ocupantes del edificio cuando las características y sistemas de seguridad contra incendios presentan defectos, están comprometidos o inoperables debido a construcción, mantenimiento, averías o reparaciones
- B. Sistemas de Seguridad del Paciente:**
Informa y educa a los líderes sobre la importancia y la estructura de un sistema integrado de seguridad del paciente (Relación de JCI y Seguridad de Paciente)
- C. Política de Eventos Centinela:** Definición, Objetivos, Estándares relacionados

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 2

Reconocimiento e interpretación de los Estándares

Sección	Capítulo / Tema	Siglas
Introducción	Resumen de Cambios y Requisitos de Elegibilidad	
Sección I	Requisitos para la Participación en la Acreditación	APR
Sección II: Estándares Centrados en el Paciente	Acceso y Continuidad de la Atención	ACC
	Evaluación de Pacientes	AOP
	Anestesia y Atención Quirúrgica	ASC
	Atención de Pacientes	COP
	Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente	IPSG
	Manejo y Uso de Medicamentos	MMU
	Atención Centrada en el Paciente	PCC

Sección	Capítulo / Tema	Siglas
Sección III: Estándares de Gestión de la Organización	Gestión y Seguridad de las Instalaciones	FMS
	Gobierno, Liderazgo y Dirección	GLD
	Tecnología para la Atención de la Salud	HCT
	Gestión de la Información	MOI
	Prevención y Control de Infecciones	PCI
	Calidad y Seguridad del Paciente	QPS
	Calificaciones y Educación del Personal	SQE
Sección IV	Impacto en la Salud Global	GHI
Sección V: Centros Médicos Académicos	Programas de Investigación en Sujetos Humanos	HRP
	Educación Profesional Médica	MPE
Apéndice	Sistemas de Seguridad del Paciente / Eventos Centinela	PS / SE

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 2

Reconocimiento e interpretación de los Estándares

DESCRIPCIÓN

Explica el propósito del capítulo y los principios sobre los cuales se construyeron los estándares.

ESTRUCTURA

Cómo está estructurado el capítulo y proporciona un marco de referencia para la numeración de los mismos.

International Patient Safety Goals (IPSG)

Overview

This chapter addresses the International Patient Safety Goals (IPSG), required for implementation as of 1 January 2011 in all organizations accredited by Joint Commission International (JCI) under the International Accreditation Standards for Hospitals.

The purpose of the International Patient Safety Goals is to promote specific improvements in patient safety. The goals highlight problematic areas in health care and describe evidence- and expert-based consensus solutions to these problems. Recognizing that sound system design is intrinsic to the delivery of safe, high-quality health care, the goals generally focus on systemwide solutions, wherever possible.

The goals are structured in the same manner as the other standards, including a standard (goal statement), an intent statement, and measurable elements (MEs). The goals are scored similar to other standards as "met" or "not met." The accreditation decision rules include compliance with the goals as a separate decision rule.

Goals and Standards

The following is a list of all goals and standards for this function. They are presented here for your convenience without their intent statements or measurable elements. For more information about these standards, please see the next section in this chapter, Goals, Standards, Intents, and Measurable Elements.

Goal 1: Identify Patients Correctly

IPSG.01.00 The hospital implements a process to improve accuracy of patient identifications.

Goal 2: Improve Effective Communication

IPSG.02.00 The hospital implements a process for reporting critical results of diagnostic tests.

IPSG.02.01 The hospital implements a standardized process for handover communication.

Goal 3: Improve the Safety of Medications

IPSG.03.00 The hospital implements a process to improve the safety of high-alert medications.

IPSG.03.01 The hospital implements a process to improve the safety of look-alike/sound-alike medications.

IPSG.03.02 The hospital implements a process to manage the safe use of concentrated electrolytes.

Goal 4: Ensure Safe Surgery

IPSG.04.00 The hospital implements a process for the preoperative verification and surgical/invasive procedure site marking.

IPSG.04.01 The hospital implements a process for the time-out that is performed immediately prior to the start of the surgical/invasive procedure and the sign-out that is conducted after the procedure.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 2

Reconocimiento e interpretación de los Estándares

ESTÁNDAR

Requisito y se evalúa durante la evaluación in situ

PROPÓSITO

Ayuda a explicar el significado del Estándar (la razón de ser)
Carácter informativo, no calificable

Goal 5: Reduce the Risk of Health Care–Associated Infections

Standard IPSG.05.00

The hospital implements evidence-based hand-hygiene guidelines to reduce the risk of health care–associated infections.

Intent of IPSG.05.00

Proper hand hygiene is central to the elimination of hospital-associated and other infections. Evidence-based hand-hygiene guidelines are available from the World Health Organization (WHO), the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and various other national and international organizations. The hospital must adopt and implement current evidence-based hand-hygiene guidelines. This includes efforts to standardize hand hygiene compliance data collection and ensure that the data are valid, such as trained observers. Resources from WHO and CDC include resources for training hand hygiene observers. Hand-hygiene guidelines should be posted in appropriate areas, and staff should be educated in proper handwashing and hand-disinfection procedures. Soap, running water, disinfectants, and single-use towels are in areas where handwashing and hand-disinfecting procedures are required. Air dryers are not used to dry hands in patient care areas.

Measurable Elements of IPSG.05.00

1. The hospital adopts current evidence-based hand-hygiene guidelines. (See also PCI.07.01, MEs 2, 5, and 6)
2. The hospital implements an evidence-based hand hygiene program throughout the hospital. (See also PCI.07.01, MEs 2, 5, and 6)
3. © The hospital collects and analyzes data for compliance with handwashing and hand-disinfection procedures in accordance with evidence-based hand-hygiene guidelines throughout the hospital.

ELEMENTOS MEDIBLES (ME)

Detallan las expectativas de desempeño, estructuras, funciones o procesos específicos y deben estar presentes para cumplir con el estándar.

Evaluación in situ con puntuación

Ícono DOCUMENTO

Requisitos de recopilación de datos y documentación. También elemento que contiene Política, Plan, Licencia, Evidencia de Pruebas, Datos, Informes, Etiquetas de Medicamentos, Hojas de Seguridad, Actas

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 2

Reconocimiento e interpretación de los Estándares

ADHESIÓN AL ESTÁNDAR MÁS ESTRICTO

Un hospital debe establecer políticas y procedimientos que se ajusten a las leyes o regulaciones nacionales, regionales y locales, así como a los estándares de la **JCI**.

Si su abordaje es tanto por la Ley/Regulación como por JCI, la JCI exige que la organización siga a **aquella entidad que haya establecido el requisito más alto o más estricto**.

Situación	Estándar JCI	Estándar Nacional
Cantidad de identificadores	Requiere 2 identificadores.	Requiere 3 identificadores.
Tipo de identificador	Prohíbe el uso del número de cama.	Permite el uso del número de cama.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 3

Conformación del Equipo de Acreditación:

- Conocimientos
- Trabajo en Equipo
- Comunicación
- Liderazgo
- Recursos

TOOLS

PREPARE

Accreditation Team Selection Checklist

This checklist includes sample questions to ask when you're selecting individuals to be part of your accreditation team. Ideally, you should have a large majority of "Yes" answers.

KNOWLEDGE	Y	N	N/A	COMMENTS
Does the individual understand how JCI accreditation affects a health care organization?				
Has the individual attended any of the JCI educational courses around JCI accreditation such as a JCI Practicum?				
TEAM-BUILDING	Y	N	N/A	COMMENTS
Does the individual have experience participating in other committees, task forces, or workgroups?				
Does the individual work well on a team, especially with people from different disciplines and/or levels of management?				
COMMUNICATION	Y	N	N/A	COMMENTS
Does the individual have proven, strong communication skills in your organization?				
Does the individual bring a unique perspective to the accreditation team?				
LEADERSHIP	Y	N	N/A	COMMENTS
Does the individual have proven, strong leadership skills?				
Does the individual understand the culture of safety and everyone's role in it?				
RESOURCES	Y	N	N/A	COMMENTS
Is the individual willing and able to commit the necessary time to the accreditation teamwork, in addition to other assigned responsibilities?				
Does the individual know how to successfully navigate your organization's structure to accomplish tasks?				

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 4

Plan de acción para la implementación y preparación para la evaluación

5.1 Políticas

Inventario y control documental frente a cada estándar

5.2 Análisis de brechas

Cumple /
Cumple parcialmente /
No cumple, por ME

5.3 Información documentada

Jerarquía y control de versiones

5.4 Plan de acción

Responsables, plazos y recursos por hallazgo

5.5 Metodología trazadora

Verificación in situ del proceso de atención

Cada uno de estos cinco componentes se desarrolla en el detalle de las siguientes diapositivas.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 4.1

Políticas

- Inventario de políticas y procedimientos vigentes, cruzado contra cada estándar y Elemento Medible (ME) aplicable.
- Identificación de vacíos: estándares sin política asociada, políticas desactualizadas o contradictorias entre servicios.
- Ciclo formal de aprobación, socialización y control documental: versión, fecha de vigencia, responsable de aprobación y fecha de próxima revisión.
- Verificación de que la política refleje la práctica real observable en el punto de atención — no basta con que exista el documento.

Conexión con el Módulo 3

Este inventario es el mismo insumo que se audita con la metodología de ISO 19011 durante las auditorías internas previas a la evaluación JCI.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 4.2

Análisis de brechas

- Comparar la práctica actual de la organización contra cada Elemento Medible (ME) del estándar aplicable.
- Clasificar cada ME sin medias tintas: Cumple / Cumple parcialmente / No cumple, con evidencia objetiva para cada clasificación.
- Priorizar las brechas identificadas según el riesgo para la seguridad del paciente, no solo por facilidad de implementación.
- Documentar la fuente de la evidencia (observación directa, entrevista, registro) — la percepción del equipo no sustituye la evidencia.

Conexión con el Módulo 2

La priorización de brechas usa la misma lógica de probabilidad x impacto de la matriz de riesgo 5x5 trabajada en ISO 31000.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 4.3

Información documentada

- Jerarquía documental de cuatro niveles: política → procedimiento → protocolo o guía clínica → registro/evidencia de aplicación.
- Control de versiones riguroso: fecha de emisión, responsable de aprobación y fecha programada de próxima revisión.
- La información debe estar disponible y ser conocida en el punto de atención — un documento archivado que el personal no consulta no cumple su función.
- Los formularios de recolección de evidencia (listas de verificación, actas de comité, bitácoras) forman parte de esta capa documental.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 4.4

Plan de acción

Hallazgo	Acción	Responsable	Plazo	Recursos
Identificación con número de cama	Rediseñar brazalete y capacitar al personal	Enfermería + Calidad	60 días	Reimpresión + 2 capacitaciones

- Cada hallazgo del análisis de brechas se traduce en una fila del plan: qué se hará, quién responde, en qué plazo y con qué recursos.
- El seguimiento del plan debe quedar documentado — fecha de verificación y evidencia de cierre de cada acción.

Esta misma estructura se usa en el taller del módulo

El plan de acción del taller de ISO 7101 vs. JCI sigue exactamente este formato, con un enfoque adicional de riesgo (probabilidad x impacto).

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 4

Plan de acción para la implementación y preparación para la evaluación

	 Joint Commission International		 Joint Commission International																			
TOOLS	Policy	TOOLS	Policy Te	TOOLS																		
	This sample policy is effective. Creating																					
	Unit: Human Resou Title: Continuing Ed		<table> <tr> <th>SECTION</th><th></th></tr> <tr> <td>3.1</td><td>Comprehensive Cor</td></tr> <tr> <td>3.1.1</td><td>HR department sha</td></tr> <tr> <td>3.1.2</td><td>Each educational ac – Basis of needs a – annual, individua – Topic – Method of educat </td></tr> <tr> <td>3.1.3</td><td>Heads of departmen educational activitie</td></tr> <tr> <td>3.1.4</td><td>Evaluation of contin</td></tr> <tr> <td>3.1.5</td><td>The training coordin activity. The evaluat</td></tr> <tr> <td>3.2</td><td>Documentation</td></tr> <tr> <td>3.2.1</td><td>Staff attendance in</td></tr> </table>	SECTION		3.1	Comprehensive Cor	3.1.1	HR department sha	3.1.2	Each educational ac – Basis of needs a – annual, individua – Topic – Method of educat	3.1.3	Heads of departmen educational activitie	3.1.4	Evaluation of contin	3.1.5	The training coordin activity. The evaluat	3.2	Documentation	3.2.1	Staff attendance in	
SECTION																						
3.1	Comprehensive Cor																					
3.1.1	HR department sha																					
3.1.2	Each educational ac – Basis of needs a – annual, individua – Topic – Method of educat																					
3.1.3	Heads of departmen educational activitie																					
3.1.4	Evaluation of contin																					
3.1.5	The training coordin activity. The evaluat																					
3.2	Documentation																					
3.2.1	Staff attendance in																					
	Purpose: Responsibility of: Applicable to: Resources: P&P Cross-Referen																					
PREPARE	Definitions: 1.1 HR: Human Re Policy Statement: 2.1 A continuing e 2.2 Continuing ed ... continued on following	PREPARE	Indicators/Audit 4.1 Percentage of staff comp Appendices 5.1 Appendix 1: Continuing E References: 6.1 Joint Commission Interna 7th edition Qualification & Edu	PREPARE																		



LEARN | PREPARE | ACT | SUSTAIN | EXCEL

Policy Inventory Form



This form can be used to create a master inventory for your organization's policies and procedures. See the example entry below and use that format or adapt for your organization. You can put particular types of policies on different tabs, adding rows as necessary.

[illegible]

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 4

Plan de acción para la implementación y preparación para la evaluación

TOOLS

PREPARE



LEARN | PREPARE | ACT | SUSTAIN | EXCEL

Gap Analysis Plan Form



This example shows two possible gaps.

JCI FMS Chapter Team								
ITEM	LIKELY GAP (where your current state doesn't match the desired state)	RELATED #	GAP TYPE POL = Policy PRA = Practice MON = Monitoring	TYPE OF REQUIREMENT Policies and Procedures Documentation Communication Education Competency Responsibility Monitoring/Checking for Changes Data Collection and Analysis Time Limits Scope/Range	DOCUMENTS TO REVIEW	PROCEDURES TO OBSERVE	STAKEHOLDERS (of the various documents and processes the requirements address. *)	QUESTIONS TO ASK STAKEHOLDERS
1	Hazardous materials inventory and documentation of types, locations, and quantities	FMS.5, ME1 and ME5	PRA	Policies and Procedures, Documentation, Responsibility	Hazardous Materials and Waste Program, Hazardous Materials and Waste Inventory	Process of updating the inventory of hazardous materials and waste	Facility management staff	Who updates the hazardous materials and waste inventory? How often is it done? Can you show me where on the inventory it shows the location and quantity of each type of hazardous material and waste? Can you take me to one of the locations listed?
2	Labeling hazardous materials and waste	FMS.5, ME4	PRA	Policies and Procedures, Education	Hazardous Materials and Waste Program	Labeling of hazardous materials and waste	Nursing and medical staff; facility management staff	Can you please show me how you label hazardous materials and waste in this department/unit? When was your last training on this process? May I please see the policy that covers this process?

* Stakeholders may include board members, C-suite leadership, medical staff leaders, department/unit leaders and managers, medical staff, department/unit staff, frontline staff, support staff, and patients and families.
Documents may include policies and procedures, bylaws, quality program plans, surveys, board minutes, etc

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 4

Plan de acción para la implementación y preparación para la evaluación

TOOLS

PREPARE

Joint Commission International

Required Documents

The following pages in the *Handbook for Accredited Hospitals, 7th Edition* contain the text of the standards that apply to your organization. ☒ View the survey.

Standard	Standard Text
IPSG.1	The hospital has a policy for the management of patient information.
IPSG.2.1	The hospital has a policy for the management of patient information.
ACC.2.3	The hospital has a policy for the management of patient information.
ACC.3.1	During all patient care, the hospital has a policy for the management of patient information.
PCC.4.1	Patient information is managed in a manner that protects patient privacy.
PCC.6.1	The hospital has a policy for the management of patient information.
AOP.1	All patient information is managed in a manner that protects patient privacy.
AOP.5.3	A laboratory or other testing facility is used to perform tests on patient specimens.
ASC.3	The hospital has a policy for the management of patient information.

Joint Commission International

Required Documents

Standard	Standard Text
COP.1	Uniform care of all patients is provided and documented.
COP.8.5	The transplant program obtains informed consent from the donor.
MMU.3	Medications are properly and safely stored and dispensed.
MMU.4	The hospital identifies and documents a list of all medications prescribed to each patient.
QPS.7	The hospital uses a defined process for identifying and managing quality improvement projects.
PCI.4	The hospital designs and implements a set of procedures and processes associated with patient care.
PCI.8	The hospital reduces the risk of infections and safe handling and disposal of sharps.
GLD.1	The structure and authority of the hospital are documented in a policy or similar documents.
FMS.6	The hospital develops and implements a system for managing financial resources.
SQE.11	The hospital uses an ongoing standardized process for evaluating the quality of care provided by each medical staff member.

Joint Commission International

Suggested “Ready to Go” List

The survey process can be facilitated if the following items are readily available to the surveyor(s) at the time of the survey. Not all items are applicable to all organization setting types.

LEARN | PREPARE | ACT | SUSTAIN | EXCEL

TOOL

ACT

- High-level organization chart
- List of board of directors or other governing body membership by background and consumer/non-consumer status
- List of all staff and job titles
- List of all contracted and visiting health care practitioners, including physicians
- Accurate list of the patients currently receiving care in the organization, including each patient’s diagnosis, age, unit/service, responsible physician, and date of admission
- List of the operative and other invasive procedures scheduled for the day, including surgeries in the operating theatre, cardiac catheterizations, endoscopies/colonoscopies, and in vitro fertilizations (if applicable)
- Top five diagnoses of patients
- Top five procedures performed
- List of systemwide priority improvements
- List of departments’ and services’ individual measures
- Clinical practice guidelines and any associated pathways and protocols
- Risk assessments, such as a failure mode and effects analysis (FMEA), hazard vulnerability analysis (HVA), infection control risk assessment (ICRA), and preconstruction risk assessment (PCRA)
- A copy of a comprehensive systematic analysis (for example, a root cause analysis) conducted for a sentinel event or significant adverse event if no sentinel event occurred
- Required organization plans (for example, facility safety plan)
- Required policies, procedures, and programs (see the “Required Documents” section)
- Documented bylaws
- List of eligible contracts (direct services), if applicable
- Committee minutes (for example, from governance meetings, infection prevention and control meetings, other meetings)
- List of hours of operation and schedule for all outpatient clinics or services in the organization
- Current map of the hospital campus
- Sample of all medical record forms

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 4

Plan de acción para la implementación y preparación para la evaluación



LEARN | PREPARE | ACT | SUSTAIN | EXCEL

TOOLS

Action Plan Form



PREPARE

JCI AOP Chapter Team											
ACTION ITEM	GOAL (policy, standard, requirement, law, or regulation; actual text in ital or summary)	RELATED #	PRIORITY RANK High – H Medium – M Low – L	GAP TYPE POL – Policy PRA – Practice MON – Monitoring	ACTION (INTERVENTION) EDUCATE · IMPLEMENT · MONITOR · REPORT · MODIFY	PERSON RESPONSIBLE	DEADLINE	RESOURCES	POTENTIAL CHALLENGES	RESULTS	CLOSED DATE
1	The initial medical assessment, including health history, physical exam, and other assessments required by the patient's condition, is performed and documented within the first 24 hours of admission as an inpatient or sooner as required by patient condition. P	AOP1.2, ME 1.	H	POL	EDUCATE: Meet with nursing and medical staff to discuss the approach to assessment, with focus on patient safety and quality of care.	Medical Director	8/15/2018	30 minutes of time; space for meeting	Scheduling conflicts: Address by including this information in monthly department meetings.	Met with staff in all departments: final meeting held on 8/12/18.	8/12/2018
2	(same)	(same)	(same)	(same)	MODIFY: Develop and/or revise written policy on assessments, to include the specific time frame.	Medical Director	9/30/2018	Copy of existing policy; policy review and revision team (3 people); meeting time and space	Time constraints: Address by revising existing policy if possible.	Team revised existing policy to include specific 24-hour time frame: policy approved 9/29/18.	9/29/2018
3	(same)	(same)	(same)	(same)	MODIFY: Revise medical assessment form to more clearly emphasize the time frame for finishing and documenting a complete assessment.	Medical Director	10/14/2018	Copy of existing form; revision team (3 people); meeting time and space; supplies to print revised form	Staff resistance: Address by issuing e-mail notice to all department managers, instructing them to destroy old forms and provide new ones.	Form revised on 10/10/18; e-mail notice to department managers sent on 10/14/18.	10/14/2018
4	(same)	(same)	(same)	(same)	IMPLEMENT: Conduct in-service for medical staff to provide education on new policy and assessment form.	Medical Director	11/1/18	15 minutes of time; space for meeting	Scheduling conflicts: Address by incorporating into weekly staff huddles. Use a sign-off sheet to document attendance, and follow up with any staff who miss the session.	93% of staff received education in weekly huddles; remaining staff contacted to schedule alternative session; all staff received education by 11/15/18.	11/15/2018
5	(same)	(same)	(same)	(same)	MONITOR: Audit assessment form compliance each week for 6 months.	Department/ Unit Leaders	weekly until 5/1/2019	30 minutes of time per week	Staff resistance and time constraints: Address by incorporating auditing of new processes into evaluations, with bonus for timely audits.		
6	(same)	(same)	(same)	(same)	REPORT: Share audit reports monthly with JCI accreditation AOP chapter champion.	Department/ Unit Leaders	monthly until 5/1/2019	30 minutes of time per week	Staff resistance and time constraints: Address by incorporating reporting of audits on new processes into evaluations, with bonus for timely reports.		

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 4

Plan de acción para la implementación y preparación para la evaluación: METODOLOGÍA TRAZADORA

Individual

- En el cual se busca identificar su experiencia particular durante todo su proceso de atención

Del Sistema

- Evalúa Sistema o Procesos de Alto Riesgo: Gestión de medicamentos, prevención y control de IAAS, Gestión de Datos

Específicos

- Según Programa de acreditación asociados a los procesos de atención, tratamientos o servicios específicos: Flujo de pacientes cardiovasculares, prevención del suicidio en Organizaciones con enfoque universitario

Evalúa:

- Cumplimiento de Estándares y Seguridad del Paciente
- Adherencia a Políticas y Procedimientos
- Comunicación (áreas, servicios, Equipos)
- Competencias del personal
- Seguridad física para pacientes, visitantes y trabajadores
- Otros

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 5

Solicitud de evaluación

- La organización presenta la solicitud formal una vez completados el plan de acción y el simulacro de encuesta interno.
- Debe cumplir los Requisitos de Participación en la Acreditación (Sección I del manual JCI) antes de que la solicitud sea aceptada.
- JCI programa la fecha de la evaluación inicial y comunica la composición del equipo evaluador asignado.
- El nivel de cumplimiento debe mantenerse entre la fecha de solicitud y la fecha de la visita — la acreditación evalúa consistencia, no un estado puntual preparado para la fecha de la encuesta.



Acreditación

Proceso de dar un
título

Productos y
servicios

Normas

Biblioteca de
conocimientos

Sobre
nosotros



[Hogar](#) > [Acreditación](#) > [Contáctenos](#)

ACREDITACIÓN

¿Interesado en obtener la acreditación?

La acreditación demuestra su compromiso con el cumplimiento de rigurosos estándares y ayuda a fortalecer la prestación de servicios de salud de su organización. Si está listo para comenzar su camino hacia el Sello de Oro de Aprobación® · estamos aquí para ayudarle.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 6

Recepción de la visita de evaluación

1

Apertura

Conferencia de apertura con la alta dirección: presentación del equipo evaluador y del alcance de la visita.

2

Documental

Revisión de políticas, procedimientos e información documentada frente a los estándares aplicables.

3

Trazadores

Actividad de trazadores individuales, de sistema y de programas específicos (ver Metodología Trazadora).

4

Entrevistas y recorrido

Conversación con personal clínico y no clínico, y recorrido por las instalaciones.

5

Cierre

Conferencia de cierre con la comunicación de hallazgos preliminares a la organización.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 6

Recepción de la visita de evaluación

TOOLS

ACT



The following agenda serves as an example. The surveyor team may revise the arrangement of each session to better accommodate the organization. This hospital survey agenda consists of 3 surveyors over 5 days. Agendas for other organization setting types will vary.

TIME
0745
0800
0820
0900
1200
1300
1400
1600
1630

Note: Individual Patient Tracer Activity may include Department/Service Quality Measurement Tracers and/or other tracer activity.

TOOLS

ACT

The following agenda serves as an example. The surveyor team may revise the arrangement of each session to better accommodate the organization. This hospital survey agenda consists of 3 surveyors over 5 days. Agendas for other organization setting types will vary.

TIME
0800 – 0900
0900 – 1100
1100 – 1200
1200 – 1300
1300 – 1430
1500 – 1600
1600 – 1630
1630 – 1730

Note: Individual Patient Tracer Activity may include Department/Service Quality Measurement Tracers and/or other tracer activity.

TOOLS

ACT

The following agenda serves as an example. The surveyor team may revise the arrangement of each session to better accommodate the organization. This hospital survey agenda consists of 3 surveyors over 5 days. Agendas for other organization setting types will vary.

TIME
0800 – 0900
0900 – 1100
1100 – 1200
1200 – 1300
1300 – 1430
1430 – 1600
1600 – 1630
1630 – 1730

Note: Individual Patient Tracer Activity may include Department/Service Quality Measurement Tracers and/or other tracer activity.

TOOLS

ACT

The following agenda serves as an example. The surveyor team may revise the arrangement of each session to better accommodate the organization. This hospital survey agenda consists of 3 surveyors over 5 days. Agendas for other organization setting types will vary.

DAY FIVE			
TIME	PHYSICIAN SURVEYOR	NURSE SURVEYOR	ADMINISTRATOR SURVEYOR
0800 – 0900	Daily Briefing		
0900 – 1100	Individual Patient Tracer Activity/Undetermined Survey Activity	Individual Patient Tracer Activity/Undetermined Survey Activity	Individual Patient Tracer Activity/Undetermined Survey Activity
1100 – 1200	Survey Integration and Report Preparation		
1200 – 1300	Surveyor Working Lunch (private surveyor lunch for debriefing and survey planning)		
1300 – 1430	Survey Integration and Report Preparation (continuation)		
1430 – 1500	Conference with Leadership to Review Exit Report Findings		
1500 – 1530	Conference with Staff to Review Exit Report Findings		
Surveyor Meeting (private surveyor meeting for planning agenda activities for the following day; may be held in hotel)			

Note: Individual Patient Tracer Activity may include Department/Service Quality Measurement Tracers and/or other tracer activity.

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 7

Resultados

Survey Analysis for Evaluation Risk® SAFER™ Matrix

	<i>Immediate Threat to Life</i> (a threat that represents immediate risk or may potentially have serious adverse effects on the health of the patient, resident, or individual served)		
HIGH			
MODERATE			
LOW			
	LIMITED	PATTERN	WIDESPREAD

La Matriz de Análisis de Encuestas para la Evaluación de Riesgos® (SAFER™) es un enfoque transformador para identificar y comunicar los niveles de riesgo citados durante las encuestas.

La Matriz SAFER proporciona una representación visual única y completa de los hallazgos de la encuesta para ayudar a las organizaciones a priorizar y enfocar las acciones correctivas midiendo la probabilidad de daño a pacientes, personal o visitantes y el alcance de cada hallazgo

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 8

Plan de Mejoramiento Estratégico (SIP - Strategic Improvement Plan)

SAFER Matrix Placement	Strategic Improvement Plan (SIP) Required
High/Limited High/Pattern High/Widespread	Not Met and Partially Met MEs will require a SIP
Moderate/Pattern Moderate/Widespread	Only Not Met MEs will require a SIP
Moderate/Limited Low/Pattern Low/Widespread	Not Met and Partially Met MEs will not require a SIP
Low/Limited	

Implementación Modelo Acreditación JCI

PROCESO DE ACREDITACIÓN · PASO 9

Mantenimiento de la Acreditación

1. Seguimiento de los indicadores clave de rendimiento (KPI)
2. Monitoreo del cumplimiento de estándares
3. Monitoreo de Metas
4. Seguimiento cada 3 años

La JCI no solo pide "hacer las cosas bien", sino **medirlas**.
"Sin datos e indicadores, no hay acreditación".

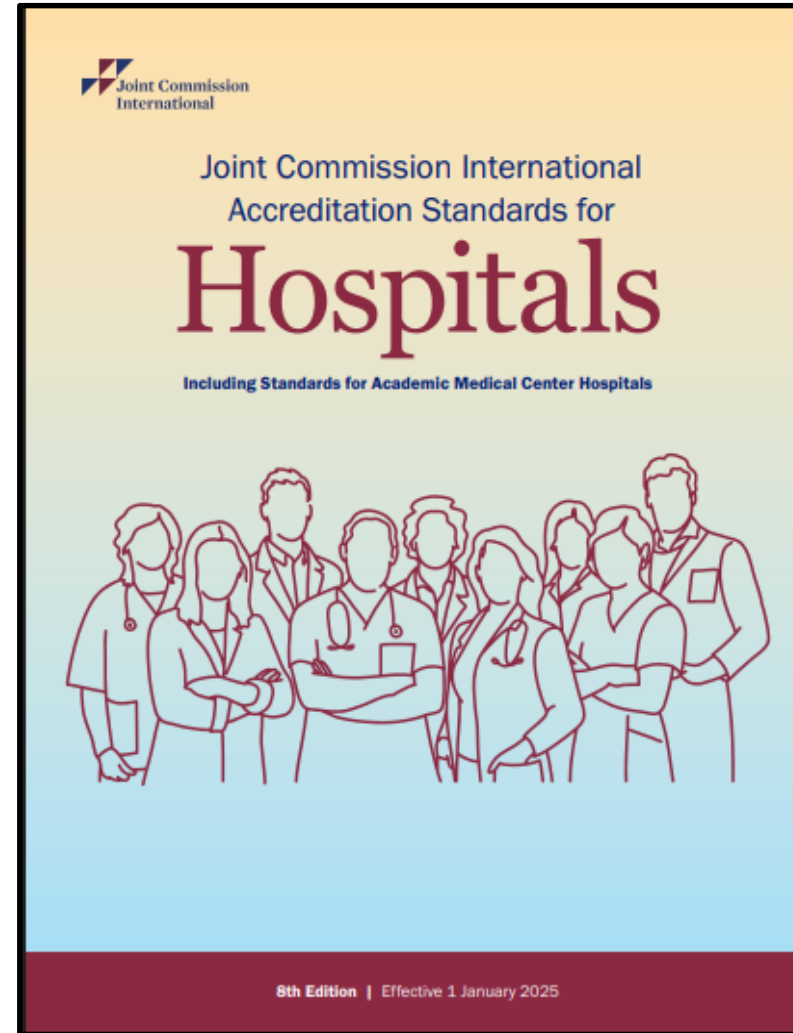
Implementación Modelo Acreditación JCI

JCI Edición 6 JCI Edición 8

Estándares de
acreditación de la Joint
Commission
International para
Hospitales

6ª edición. Vigente desde el 1 de julio de 2017

Objetivos
Internacionales
de Seguridad
del Paciente
(IPSG)



Profundiza:

- **Resiliencia organizacional**
- **Cultura de seguridad.**

Se alinea mejor con ISO.

Introduce un nuevo
Capítulo:

**IMPACTO EN LA
SALUD GLOBAL
(GHI)**

Sostenibilidad
ambiental en ámbito
hospitalario

Calificable y con
impacto en la
Acreditación a partir
del 1 de enero 2026

Implementación Modelo Acreditación JCI

Los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG)

Fueron desarrollados por la Joint Commission International (JCI) para ayudar a las organizaciones acreditadas a centrarse en áreas específicas que impactan significativamente la seguridad del paciente.

Estos objetivos están diseñados para mejorar la calidad de la atención y reducir el riesgo de daño a los pacientes

Meta 1.
Identificar correctamente a los pacientes



Nombre completo
Fecha de nacimiento



Protocolo Tiempo Fuera: Paciente,
Procedimiento y Sitio correctos.
Lista de verificación en cirugía.

Meta 3.
Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.



Doble verificación entres pares.
Resguardo seguro.
Etiqueta para identificarlos.

Meta 2.
Mejorar la comunicación efectiva.



En indicaciones telefónicas y verbales:
Escuchar - Escribir - Leer - Confirmar

Meta 5.
Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.



Campaña permanente de Lavado de Manos.

Implementación Modelo Acreditación JCI

Goal 1: Identify Patients Correctly

Standard IPSG.01.00

The hospital implements a process to improve accuracy of patient identifications.

Meta 1.

Identificar correctamente a los pacientes



Nombre completo
Fecha de nacimiento

Busca que las instituciones aseguren la correcta identificación del paciente en todo momento y en todos los escenarios, convirtiéndola en una práctica esencial de la cultura de la seguridad

Implementación Modelo Acreditación JCI

Goal 2: Improve Effective Communication

Standard IPSG.02.00

The hospital implements a process for reporting critical results of diagnostic tests.

Standard IPSG.02.01

The hospital implements a standardized process for handover communication.

Busca asegurar que las instituciones establezcan lineamientos claros, reduzcan la variabilidad, prohíban prácticas riesgosas y promuevan mecanismos estandarizados de comunicación clínica segura

Meta 2.

Mejorar la comunicación efectiva.



En indicaciones telefónicas y verbales:
Escuchar - Escribir - Leer - Confirmar

Implementación Modelo Acreditación JCI

Goal 3: Improve the Safety of Medications

Standard IPSG.03.00

The hospital implements a process to improve the safety of high-alert medications.

Standard IPSG.03.01

The hospital implements a process to improve the safety of look-alike/sound-alike medications.

Standard IPSG.03.02

The hospital implements a process to manage the safe use of concentrated electrolytes.

La implementación de prácticas seguras en todas las etapas de la medicación (prescripción, dispensación, preparación, administración y seguimiento) constituye un componente esencial para reducir riesgos, garantizar continuidad en la atención y favorecer la adherencia terapéutica de los pacientes



Implementación Modelo Acreditación JCI

Goal 4: Ensure Safe Surgery

Standard IPSG.04.00

The hospital implements a process for the preoperative verification and surgical/invasive procedure site marking.

Standard IPSG.04.01

The hospital implements a process for the time-out that is performed immediately prior to the start of the surgical/invasive procedure and the sign-out that is conducted after the procedure.

La aplicación de procedimientos estandarizados y de probada eficacia reduce de manera significativa su ocurrencia, fortaleciendo la seguridad de los usuarios y la confianza en la atención.



Implementación Modelo Acreditación JCI

Goal 5: Reduce the Risk of Health Care–Associated Infections

Standard IPSG.05.00

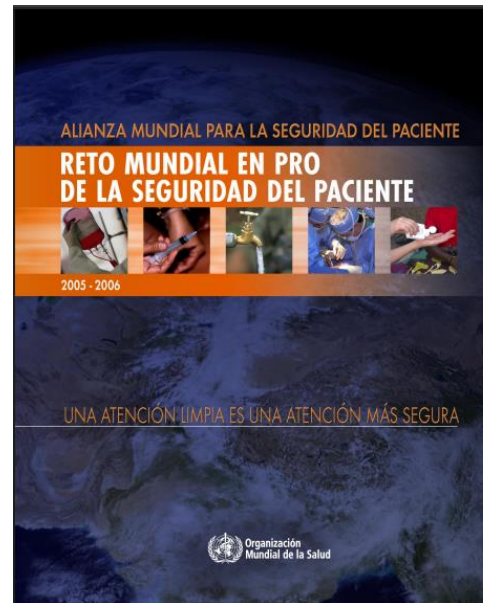
The hospital implements evidence-based hand-hygiene guidelines to reduce the risk of health care–associated infections.

Meta 5.

Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.



Campaña permanente de Lavado de Manos.



Implementación Modelo Acreditación JCI

Categoría	ISO 7101:2023	Acreditación JCI
Desarrollado por	Organización Internacional de Normalización	Joint Commission International
Tipo	Estándar de sistema de gestión	Programa de acreditación sanitaria
Propósito principal	Sistema de gestión de calidad para la salud	Evaluar la seguridad del paciente y la calidad de la atención
Alcance	Todas las organizaciones de salud	Principalmente hospitales y grandes instalaciones
Enfoque y Abordaje	Gobernanza, liderazgo, gestión de riesgos, mejora. Diseño de sistemas y procesos	Procesos de atención clínica y seguridad del paciente. Cumplimiento con estándares medibles
Áreas clave y Método de certificación	Liderazgo, cultura de seguridad, fuerza laboral, compromiso del paciente, mejora de datos. Auditoría de certificación independiente	Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, seguridad de medicamentos, control de infecciones, seguridad quirúrgica. Encuesta in situ por evaluadores de JCI
Estilo de evaluación	Auditoría frente a los requisitos del sistema de gestión	Metodología de rastreo ("Tracer") y observación
Ciclo de validez	Certificación de 3 años con auditorías de vigilancia anuales	Ciclo de acreditación de 3 años
Énfasis en documentación e Impacto organizacional	Políticas, marcos de riesgo, métricas, gobernanza. Infraestructura y cultura de calidad en todo el sistema	Protocolos, procedimientos de seguridad, competencia. Seguridad y procesos de atención en primera línea
Reconocimiento global	Marco global emergente (publicado en oct. 2023)	Referente global establecido
Mejor uso	Fortalecimiento de la gobernanza y la mejora continua	Demostración de estándares de seguridad y atención al paciente
Relación	Base para la gestión de la calidad	Validación de la prestación de atención clínica

Sistema Operativo

Seguridad y desempeño clínico

Implementación Modelo Acreditación JCI

¿QUÉ?

¿CÓMO?

SEGURIDAD DEL PACIENTE	ISO 7101:2023	Acreditación JCI
Enfoque de Seguridad	Se centra en crear una cultura de seguridad y un sistema de gestión de riesgos estructurado.	Se centra en la atención clínica directa y el cumplimiento de metas de seguridad específicas.
Estándares Específicos	Enfatiza la gobernanza, el compromiso del paciente y el bienestar de la fuerza laboral como pilares de seguridad.	Implementa las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG), seguridad quirúrgica y de medicamentos.
Gestión de Riesgos	Utiliza marcos de riesgo y métricas de gobernanza para prevenir fallos sistémicos.	Utiliza protocolos preventivos, procedimientos de seguridad y verificación de competencias del personal.
Validación de la Seguridad	Se valida mediante auditorías del sistema de gestión y la infraestructura de calidad.	Se valida mediante la observación directa de procesos de cuidado y la metodología Trazadora ("Tracer").
Rol en la Organización	Actúa como el "sistema operativo" que sostiene los procesos de mejora continua	Actúa como la "inspección" que valida la seguridad en la prestación de servicios clínicos

Implementación Modelo Acreditación JCI

Requisito ISO 7101 (Cap. 8)	Enfoque JCI (Versión 6/8)	¿Qué buscar?
8.1 Planificación y control operacional	Estándares de Gobernanza (GLD) y Gestión de Instalaciones (FMS)	Procesos estandarizados y planes de contingencia.
8.2 Diseño y desarrollo de servicios de salud	Atención de Pacientes (COP) y Evaluación de Pacientes (AOP)	Protocolos clínicos y guías de práctica basada en evidencia.
8.3 Control de procesos suministrados externamente	Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD.6)	Evaluación de proveedores y servicios subcontratados (outsourcing).
8.4 Entrega del servicio (Seguridad y Calidad)	Objetivos Internacionales (IPSG) y Prevención de Infecciones (PCI)	Cumplimiento de metas de seguridad y control de riesgos.