
*Estándares para la acreditación de
Hospitales de la Joint Commission
International*

CUARTA EDICIÓN

Vigente

1 enero de 2011

*Official translation of the original work in English titled:
Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition
©2010 by Joint Commission International*

Joint Commission International

Una división de Joint Commission Resources, Inc.

La misión de Joint Commission International es mejorar la calidad de la atención dentro de la comunidad internacional, a través de la prestación de servicios de acreditación y consultoría.

Los programas educativos y las publicaciones de Joint Commission Resources respaldan las actividades de acreditación de Joint Commission International, pero son independientes de las mismas. Quienes asisten a los programas educativos y compran las publicaciones de Joint Commission Resources no reciben ni trato o consideraciones especiales u obtienen información confidencial respecto al proceso de acreditación.

La base para cualquier evaluación para la acreditación de una organización por la Joint Commission International son los estándares oficiales publicados en inglés por la Joint Commission International.

© 2010 por Joint Commission International

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, en forma alguna ni por medio alguno, sin la autorización por escrito de la editorial.

Impreso en EE.UU. 5 4 3 2 1

Las solicitudes de autorización para copiar cualquier parte de este trabajo deberán enviarse por correo a:

Permissions Editor
Department of Publications
Joint Commission Resources
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, Illinois 60181 U.S.A.
permissions@jcrinc.com

ISBN: 978-1-59940-141-6

Número de control de la Biblioteca del Congreso de los EE.UU.: 2007928871

Para obtener más información sobre Joint Commission International, visite

<http://www.jointcommissioninternational.com>

Contenido

Prólogo	3
Introducción	4
Políticas de acreditación de Joint Commission International	9
Sección I: Estándares centrados en el paciente	34
Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG).....	36
Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)	42
Derechos del paciente y de su familia (PFR)	56
Evaluación de pacientes (AOP)	72
Atención de pacientes (COP)	97
Anestesia y atención quirúrgica (ASC)	108
Gestión y uso de medicamentos (MMU).....	118
Educación del paciente y de su familia (PFE)	131
Sección II: Estándares de gestión de la organización sanitaria	137
Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)	139
Prevención y control de infecciones (PCI)	155
Gobierno, liderazgo y dirección (GLD).....	168
Gestión y seguridad de la instalación (FMS)	183
Cualificaciones y educación del personal (SQE)	199
Manejo de la comunicación y la información (MCI).....	218

Prólogo

Joint Commission International (JCI) se complace en presentar esta cuarta edición de los Estándares Internacionales para hospitales. JCI se creó en 1998 como el brazo internacional de The Joint Commission (Estados Unidos) y esta nueva edición de los estándares reafirma la misión de JCI de mejorar la seguridad y calidad de la atención al paciente en todo el mundo.

Los estándares de JCI son realmente internacionales en cuanto a su elaboración y revisión. El proceso de elaboración de los estándares es supervisado activamente por un grupo de trabajo de expertos internacionales, cuyos miembros se escogen de cada uno de los continentes poblados del mundo. Además, los estándares fueron evaluados por personas en todo el mundo a través de una revisión de campo en Internet, así como también teniendo en cuenta a los Consejos asesores regionales de JCI en Asia-Pacífico, Europa y Medio Oriente y por otros expertos de varios campos de la atención sanitaria. Esta nueva edición de estándares para hospitales se une al conjunto de estándares internacionales de JCI relacionados con la atención ambulatoria, la atención continuada, los laboratorios clínicos, el transporte médico y los que representan a los programas de certificación de enfermedades o para trastornos específicos. Los estándares de JCI son la base de la acreditación y la certificación de organizaciones sanitarias y programas asistenciales en todo el mundo. Además, los estándares de JCI se han utilizado para elaborar y establecer programas de acreditación en muchos países y han sido utilizados por organismos y entidades públicas, ministerios de salud y otros organismos que procuran evaluar y mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente.

Esta cuarta edición refleja los cambios dinámicos que se dan en los cuidados a la salud en todo el mundo. Ésta actualiza los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente para reforzar su efectividad y refuerza la relación entre los indicadores de calidad y la mejora de la calidad, incorporando la utilización por parte de las organizaciones acreditadas de los indicadores de la biblioteca de Indicadores de la JCI. Además, se han incorporado cambios basados en el aprendizaje adquirido a través de la revisión de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y los análisis causa raíz realizados. Muchos de estos cambios se identifican en la introducción que se incluye a continuación.

Como ocurre con todos los estándares de JCI, esta edición contiene el grupo completo de estándares, las declaraciones de intención para cada estándar y los elementos medibles para evaluar el cumplimiento de cada estándar. Esta estructura permitirá a los lectores identificar y entender los requisitos específicos incorporados en los estándares.

Para obtener más información sobre el programa de acreditación y certificación de hospitales y otros programas de JCI, los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente y otras iniciativas de JCI, o para obtener asistencia a fin de implementar un programa de acreditación específico para un país, o para obtener apoyo para prepararse para la acreditación, póngase en contacto con nosotros en:

Joint Commission International Accreditation
1515 West 22nd Street, Suite 1300W
Oak Brook, IL 60523 USA
01-630-268-7400
JCIAccreditation@jcrinc.com

JCI comprende que los estándares son “trabajo en desarrollo continuo”. En este sentido, quedamos a su disposición para cualquier comentario o sugerencia que nos permita mejorar.

Karen Timmons
Presidenta y CEO
Joint Commission International y Joint Commission Resources

Introducción

Esta cuarta edición de los Estándares de Acreditación de Hospitales de Joint Commission International (JCI) contiene todos los estándares, declaraciones de intención, elementos medibles de los estándares, políticas y procedimientos de acreditación y un glosario de términos claves. Esta introducción está diseñada 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 de este manual de estándares
- Las novedades de esta cuarta edición del manual

Si tras leer esta publicación tiene preguntas sobre los estándares o el proceso de acreditación, póngase en contacto con JCI. La información de contacto se encuentra en el Prólogo (que precede a esta sección).

¿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 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 con la satisfacción del trabajador;
- negocian con las fuentes de pago 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 y cómo se perfeccionaron para esta cuarta edición?

Un grupo de trabajo internacional de 12 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 organización. 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 organización.

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

Sí. Estos 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 sólo pueden descargarse de forma gratuita del sitio web de JCI, a fin de tener en cuenta su adaptación a las necesidades de cada país. La traducción y el uso de los estándares tal como fueron publicados por JCI necesitan autorización.

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.

¿Cómo utilizo este manual de estándares?

Este 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 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?

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” en la portada de la presente cuarta edición del manual de estándares?

La fecha “de entrada en vigor” que figura en la portada 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.

¿Qué novedades hay en la presente cuarta edición del manual?

Se han introducido muchos cambios en la presente cuarta edición del manual de hospitales, por lo que se recomienda revisarlo en profundidad. En general, se han introducido dos tipos de cambios:

1. Cambios que realzan la claridad de los estándares, facilitándose así que se valore la evaluación de un modo más objetivo y coherente. Ejemplos de este tipo de cambio son las revisiones de los requisitos de GSI en cuanto a simulacros de incendios, preparación para catástrofes y la supresión de palabras vagas como “conveniencia” o “regular”.
2. Cambios que suben el nivel de los requisitos existentes o que introducen nuevos requisitos, como por ejemplo:
 - El Objetivo Internacional de Seguridad del paciente 3 (IPSG.3), Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
La evaluación y la puntuación de este objetivo se centra sólo en los electrolitos concentrados. La evaluación y la puntuación se basan actualmente en la totalidad de la medicación de alto riesgo según se define en la política del centro.
 - El Objetivo Internacional de Seguridad del Paciente 4 (IPSG.4), Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
A fin de ayudar a interpretar y aplicar este objetivo, la intención contempla en la actualidad una definición de cirugía que comprende los procedimientos invasivos.
 - ACC.1.1.1, Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas tendrán prioridad en su evaluación y tratamiento.
Se ha añadido un nuevo Elemento de Medición 5 para subrayar la necesidad de estabilizar a los pacientes de urgencias antes de derivarlos a otro centro empleando un proceso de clasificación basado en evidencias.
 - ACC.3.3, Las historias clínicas de pacientes ambulatorios que reciban una atención continuada contienen un resumen de todos los diagnósticos significativos conocidos, alergias medicamentosas, medicación actualizada y cualquier procedimiento quirúrgico y hospitalización previa.
Este es un estándar nuevo que refuerza la integración de la información relativa a los pacientes ambulatorios en caso de que estos reciban tratamiento en curso en varios centros.
 - ACC.3.5, La organización tiene un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes que solicitan alta voluntaria en contra del consejo médico.
Este es un estándar nuevo que sirve para que baje el riesgo sufrido por el paciente que pide el alta con un tratamiento incompleto o insuficiente y que ayuda al hospital a sacar información de su seguimiento.
 - ACC.5, El proceso de derivación, traslado o alta pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, tiene en cuenta sus necesidades de transporte.

- PFR.2, La organización apoya los derechos de los pacientes y de sus familias a participar en el proceso de atención.
Un nuevo elemento de medición exige que el centro brinde o facilite una segunda opinión cuando lo solicite el paciente.
- AOP.5.3.1, Hay un proceso para informar de los resultados críticos de pruebas diagnósticas.
Este es un estándar nuevo que realza la importancia del proceso de seguridad del paciente en cuanto a la reseña de resultados de análisis críticos.
- MMU.4, EM6, Las órdenes de medicación iniciales se comparan con la lista de medicamentos tomados antes del ingreso.
Este nuevo elemento de medición es un paso importante en cuanto a seguridad de la medicación y es necesario para facilitar el proceso de conciliar la medicación de cada paciente.
- QPS.5, La organización tiene un proceso interno para validar los datos.
Este estándar se ha vuelto a redactar para subrayar que el centro es responsable de recoger y validar los datos de la mejora de la calidad.
- QPS.5.1, Cuando la organización publica sus datos o los muestra en su página web, los líderes de la organización garantizan la validez de los datos.
Este estándar contempla actualmente que cuando un centro publica o hace públicos sus datos, la dirección del centro verifica la fiabilidad de éstos mediante su propio proceso interno de validación de datos o recurriendo a una tercera parte independiente.
- QPS.6, La organización emplea un proceso definido para identificar y gestionar eventos centinela.
La definición de “suceso centinela” incluye ahora “rapto de neonatos o equivocarse de padres al dar de alta a un neonato”.
- QPS.11, Se utiliza un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal.
Este estándar se ha ampliado de manera significativa para que incluya un marco global de gestión de riesgos como herramienta destinada a reducir los acontecimientos adversos.
- PCI.7.1.1, Hay una política y procedimiento implementados que identifican el proceso para gestionar dispositivos caducados y define las condiciones en las que se pueden volver a utilizar dispositivos y materiales desechables, siempre que la ley y las normativas lo permitan.
La reutilización de dispositivos de usar y tirar era antes un elemento de medición de CIN.7.1; sin embargo, la importancia del tema y la prevalencia de dicho problema han provocado que se creara un estándar individual al respecto.
- GLD.3.3.1, Los servicios subcontratados o prestados mediante algún otro tipo de acuerdo se incluyen en el programa de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización.
Este nuevo estándar abunda en los requisitos de GLD.3.3 referentes a que la dirección es responsable de extender y supervisar los contratos.
- GLD.3.3.2, Los profesionales independientes que ejercen sin estar contratados por la organización tienen las credenciales necesarias para los servicios prestados al paciente.
Este estándar abunda considerablemente en los requisitos necesarios para garantizar que todos los profesionales independientes se han sometido a evaluación mediante un procedimiento tan específico como el contemplado por los estándares FCP relativos al personal facultativo.
- GLD.6 La organización establece un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas comerciales, financieras, éticas y legales y que proteja a los pacientes y sus derechos.

Un nuevo Elemento de Medición 3 establece que “La dirección atiende a la normativa ética nacional e internacional cuando el centro desarrolla el marco de conducta ética”. Este requisito procura introducir la idea de la normativa internacional dentro de la filosofía y del debate sobre la ética en cada centro sanitario.

Políticas de acreditación de Joint Commission International

Tabla de Políticas y Procedimientos

Aspectos generales	12
Requisitos Generales para Tener Derecho a la Evaluación.....	12
Propósito de una Evaluación de Acreditación	12
Alcance de la Evaluación de Acreditación	12
Resultados de las Evaluaciones de Acreditación	12
Acreditación Otorgada o Denegada	12
Otorgamiento de la Acreditación	13
Duración del Otorgamiento de la Acreditación	13
Antes de la evaluación	14
Cómo Solicitar la Acreditación	14
Programación de la Evaluación y Planificación de la Agenda	14
Política de Información Exacta y Veraz	15
Propósito	15
Política.....	15
Política de Aplazamiento	16
Razones que Justifican el Aplazamiento	16
Política de Cancelación	16
Política de Estructura de Cuotas de Acreditación de JCI	16
Cuota de Acreditación Inicial y Trienal.....	16
Cuota de Evaluación Focalizada	17
Cuota de Aplazamiento	17
Cuota de cancelación.....	17
Cancelación Instada por el Centro	17
Cancelación Instada por JCI	17
Gastos de Viaje Relativos a la Evaluación de Acreditación o a la Evaluación	
Focalizada.....	17
Calendario de Pago de las Cuotas de Evaluación	17
Opción I.....	17
Opción II	17
Proceso de evaluación	19
Información General	19
Observadores en el Proceso de Evaluación In Situ.....	19
Formación del Evaluador durante el Proceso de Evaluación In Situ	19
Política de JCI sobre la Evaluación Focalizada	19
Propósito	19
Política.....	19
Evaluación Focalizada de Seguimiento	20
Evaluación Focalizada por Causa Determinante	20
Procedimiento	20
Evaluación de Ampliación	21
Política.....	21

Política de Evaluación de Validación de JCI	21
Propósito de la Evaluación de Validación	21
Proceso de la Evaluación de Validación	21
Política de Amenaza a la Salud y la Seguridad	22
Propósito	22
Política.....	22
Responsabilidades.....	22
Procedimiento	22
Confidencialidad	23
Política de Riesgo de Denegación de la Acreditación	23
Propósito	23
Política.....	23
Responsabilidades.....	24
Procedimiento	24
Después de la evaluación	25
Revisión del Informe Oficial de Observaciones de la Evaluación.....	25
La Decisión de Acreditación (Reglas de Decisión)	25
Acreditado o Acreditación Denegada	25
Recurso a las Decisiones cuando se Deniega o Retira la Acreditación de JCI	25
Notificación al Centro de Áreas de Incumplimiento de los Estándares de JCI o	
Condiciones Relativas a Amenaza Letal	25
Consideración de la Respuesta del Centro	25
Acciones por parte del Comité de Acreditación de JCI	25
Información del Estado de Acreditación Disponible al Público	26
Exhibición y Uso de la Adjudicación de la Acreditación	26
Continuación de la Acreditación.....	27
Requisitos de Información entre Evaluaciones	27
Propósito	27
Política.....	27
Responsabilidades.....	27
Política sobre Eventos Centinela de JCI.....	28
Eventos Centinela.....	28
Objetivos de la Política de Eventos Centinela	28
Estándar Relacionado con los Eventos Centinela	28
Definición de Evento Centinela	28
Expectativas de la Respuesta de una Organización Ante un Evento Centinela	28
Análisis Causa Raíz.....	28
Plan de Acción	29
Proceso de Evaluación	29
¿Cómo JCI Tiene Conocimiento de que Existe un Evento Centinela?	29
Motivos Para Reportar un Evento Centinela a JCI.....	29
Eventos Centinela Evaluables	29
Respuesta Obligada ante un Evento Centinela Evaluable	30
Revisión del Análisis de Causa Raíz y del Plan de Acción.....	30
Actividades de Seguimiento	30
Implementación de la Política de Eventos Centinela	30
Revisión Inicial de un Evento Centinela en la Organización.....	30
Información que se Puede Divulgar	30
Gestión de Reclamaciones/Control de Calidad.....	31
Respuesta a una Reclamación contra un Centro Acreditado por JCI	31
Proceso de Renovación de la Acreditación	31

Política de Fecha de Entrada en Vigor de los Estándares 31
Propósito 31
Definición 31
Política..... 32
Procedimiento 32

Políticas y procedimientos:

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

Aspectos generales:

Requisitos Generales para Tener Derecho a la Evaluación

Toda organización sanitaria (*véase también el Glosario*) podrá solicitar la acreditación (*véase también el Glosario*) de JCI si cumple con los siguientes requisitos:

- La organización funciona actualmente como prestadora de atención sanitaria en el país y está habilitada (si corresponde).
- 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 (*véase también el Glosario*) evalúa el cumplimiento de una organización con respecto a los estándares de JCI y sus declaraciones de intención. La evaluación evalúa 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 (*véase 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 (*véase también el Glosario*) y los servicios. Además de evaluar el cumplimiento de los estándares y sus declaraciones de intención, los evaluadores pasan tiempo brindando educación 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 (*véase también el Glosario*) 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. *Véase* la descripción de las reglas de toma de decisiones en la Guía de Procedimiento de Evaluación o consúltense las reglas en la página web de la JCI.

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 estándares. 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 de los estándares.

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 le 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, ésta deberá volver a pasar por un proceso de evaluación para tener derecho a la renovación del otorgamiento de la acreditación.

Si, durante el período 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 período 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.

Antes de la evaluación

Cómo Solicitar la Acreditación

Una organización sanitaria que desee estar acreditada comienza el proceso de acreditación (*véase también el Glosario*) 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 las entidades habilitadoras, 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 sanitaria podrá realizar la solicitud en formato electrónico descargando un formulario de solicitud de <http://www.jointcommissioninternational.com> y entregando el formulario completo por fax o correo electrónico a:

Manager, International Accreditation Services
Fax: +1-630-268-3743
Correo electrónico: JCIAccreditation@jcrinc.com

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 para 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 específica.

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 altamente calificados realizarán la evaluación. JCI hará todo lo posible para ofrecer evaluadores que tengan fluidez en los idiomas que se hablen en la organización. Si no hay evaluadores de JCI disponibles que tengan las aptitudes lingüísticas apropiadas, JCI trabajará con la organización para identificar intérpretes calificados.

Pueden surgir circunstancias en las que la organización o JCI deban posponer la evaluación programada o puedan querer cancelar la evaluación programada. Vea "Política sobre la estructura tarifaria de la acreditación de JCI" a continuación para conocer más detalles.

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

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) La información a presentar al Programa de Acreditación de JCI incluye lo siguiente:
 - 1) Cambios en el nombre y/o titularidad del centro
 - 2) 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
 - 3) Cualquier cambio entre la plantilla de los miembros de la dirección y/o del personal asignado al Programa de Acreditación de JCI
 - 4) Un aumento o descenso significativo del volumen de servicios
 - 5) La adición o adquisición de un nuevo tipo de servicio sanitario
 - 6) La supresión de un servicio sanitario existente
 - 7) La alteración significativa de un equipamiento/edificio
 - f) El Programa de Acreditación de JCI exige que sólo 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 relativa 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.
- g) 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 general (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:
 - 1) 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.
 - 2) 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.
 - 3) 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. Este documento puede descargarse en la página web de acreditación de JCI y/o del Centro de Recursos de Acreditación de JCI.
 - 4) Se exige que el centro acreditado presente el documento cumplimentado de información de contacto dentro de la primera semana de cada año.
- h) 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 ésta 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. Se cobra al centro cualquier evaluación focalizada que se precise (v. abajo).

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 en base a 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, p. ej., 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

Cuota de Evaluación Focalizada. Se procede a una evaluación focalizada cuando JCI descubre graves problemas potenciales en el cumplimiento de los estándares y en la asistencia al paciente, o problemas de seguridad, o cuando JCI cuenta con otras razones válidas para evaluar un centro acreditado. La evaluación focalizada sólo revisa los estándares y/o los requisitos de los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente incumplidos en el momento de la evaluación o abordados en un informe de incidencias. En la mayoría de casos, la evaluación focalizada sólo precisa un evaluador por un día. Sin embargo, JCI se reserva el derecho a asignar más de un evaluador o a programar más de un día si así lo exige el número de estándares a evaluar o la variedad de actividades de evaluación.

Cuota de Aplazamiento. En circunstancias extraordinarias, JCI, a su discreción, puede aprobar la solicitud de aplazar una evaluación en el caso de que un centro no cubra alguno de los criterios anteriormente indicados (v. Política de Aplazamiento). En tal caso, al centro se le puede cobrar una cuota para sufragar los gastos.

Cuota de cancelación

Cancelación Instada por el Centro. Si el centro cancela la evaluación 30 días o menos antes del primer día de aquella por motivo o motivos ajenos a los indicados (v. Política de Cancelación, pág. 9), la acreditación de JCI puede requerir el pago de la mitad de las cuotas de evaluación para resarcirse de los gastos en que incurre la acreditación de JCI.

Cancelación Instada por JCI. Si JCI cancela la evaluación, por motivo o motivos ajenos a los anteriores, no se cobra al centro.

Gastos de Viaje Relativos a la Evaluación de Acreditación o a la Evaluación Focalizada. Aparte de las cuotas de evaluación, el centro se responsabiliza de pagar la totalidad de los gastos de viaje de los evaluadores, lo que incluye el transporte (billete de avión, tren y coche) y alojamiento razonable, incluyendo una dieta diaria fija por manutención y gastos accesorios. Esta dieta no superará los tipos actuales estipulados por el Departamento de Estado de los E.E.U.U. para viajes internacionales.

Calendario de Pago de las Cuotas de Evaluación. Las cuotas de acreditación de JCI se pueden facturar acogiéndose a una de las dos opciones siguientes. Se ruega al centro que identifique la opción de su interés seleccionándola y marcándola en la última página del contrato.

Opción I. Contra aceptación del presente acuerdo, el centro recibirá una factura por el 100% de las cuotas de evaluación (en dólares americanos) como mínimo 45 días antes de la fecha de inicio de la evaluación. Se espera que se efectúe el pago por transferencia bancaria electrónica 21 días o más antes de la fecha de inicio de la evaluación. Concluida la evaluación, si el centro logra acreditarse, el certificado de acreditación de JCI se remitirá inmediatamente al centro acompañado del Informe Oficial de Observaciones de la Evaluación. Acto seguido, JCI facturará al centro los gastos de los evaluadores en concepto de viaje y manutención en el plazo de 30 días después de que haya concluido la evaluación. Los gastos de los evaluadores tienen que pagarse contra recepción de la factura.

Al seleccionar la Opción I, se espera que el centro pague oportunamente los gastos de los evaluadores según se han facturado. De no actuar así el centro, JCI recomendará al Comité de Acreditación que los certificados de acreditación del centro se devuelvan a JCI y que se borre el estado de acreditación del centro.

O BIEN

Opción II. Las cuotas de evaluación se satisfacen mediante dos facturas separadas; se enviará al centro una tercera factura por los gastos de viaje y manutención de los evaluadores.

- a) Contra aceptación de este acuerdo, el centro recibirá una factura por la primera mitad de la cuota de evaluación de acreditación, la cual se facturará aproximadamente 45 días antes de la evaluación, esperándose el pago por transferencia bancaria electrónica en el plazo de 21 días antes de la fecha de inicio de la evaluación. El Departamento Financiero de JCI tiene que recibir el pago de la primera mitad de la cuota de evaluación de acreditación por lo menos tres semanas antes de que empiece la evaluación; de no ser así, JCI puede volver a programar la evaluación a otra fecha disponible.
- b) Concluida la evaluación, se facturará al centro la segunda factura por el 50% restante de las cuotas de evaluación. Además, los gastos de viaje y manutención de los evaluadores se facturarán en el plazo de 30 días después de la evaluación. Todos los pagos por cuotas y gastos deben satisfacerse contra recepción de la factura.

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.

Nota: Es importante mantener los pagos al corriente, ya que es política de JCI que se pague una fase del proceso antes de iniciarse la siguiente. El retraso en efectuar el pago de la primera mitad de la cuota de acreditación puede aumentar al centro la cuenta de gastos de viaje de los evaluadores porque las aerolíneas suelen subir el precio del pasaje cuando este se adquiere cerca de la fecha real de viaje.

El centro debe efectuar el pago completo de las facturas de JCI en cuanto las reciba. Transcurridos 30 días, se puede recargar la factura con una penalización.

Proceso de evaluación

Información General

(Véase información detallada en el capítulo correspondiente de la Guía de Procedimiento de Evaluación.)

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. 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 (v. los detalles completos en la Guía de Procedimiento de Evaluación). 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 el director general 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 (v. en la pág. 20 la Política 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.

Se cobra al centro por la evaluación focalizada independientemente de su resultado. Un centro puede informarse del coste de dicha evaluación contactando con el Programa de Acreditación de JCI.

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 Acreditación 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 al director general del centro dentro del plazo de 10 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 al director general 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 declaran 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 revisa 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 (v. pág. 21).
 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 (v. pág. 22). 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. Los hospitales que sean voluntarios para una evaluación de validación no incurrirán ningún gasto.

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, informa rápidamente al director general 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 (p. ej., 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 (p. ej., 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 querellante 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 y, 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 (v. pág. 22).
- 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 riesgo(s) identificado(s).

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 (v. página 22).

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. Consúltense la descripción de las reglas de decisión en la Guía de Procedimiento de Evaluación o en la página web de JCI.

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:

- a) aceptar las observaciones y la resolución; o
- b) 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
- c) 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:

- a) recomendar al Comité de Acreditación de JCI que se acredite al centro; o
- b) 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:

- a) acreditar el centro;
- b) denegar la acreditación al centro;
- c) 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
- d) 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 sólo 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. Consulte la sección sobre confidencialidad en este capítulo para obtener información específica sobre este tema.

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;
- 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 servicio(s) sanitario(s);
- 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 la(s) persona(s) 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, p. ej., 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, p. ej., 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 (p. ej., 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 (p. ej., el cierre obligatorio de la totalidad o de una parte del centro o de un(os) departamento(s), programa(s) o servicio(s) que impiden 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 la(s) autoridad(es) certificadora(s)/oficial(es) o por parte del centro y el médico sigue ejerciendo en éste.

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.

Responsabilidades. El departamento de Estándares de JCI garantizará que la política se publica en cada manual de acreditación. La política figura en las páginas preliminares del manual bajo las políticas y procedimientos de acreditación de JCI.

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 (*véase también el Glosario*) 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.

Estándar Relacionado con los Eventos Centinela

Los estándares relacionados con la calidad y la seguridad de este manual contienen requisitos relacionados específicamente con la gestión de eventos centinela.

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; 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.

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 (*véase también el Glosario*), 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 (*véase también el Glosario*) 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 12 meses anteriores para una evaluación trienal o los 4 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 al Director General del hospital que se identificó un evento.
- Informar al Director General del hospital 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 auto-reporte 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 auto-reporta 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 al Director General de la organización 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, éste será notificado al respecto. La solicitud de respuesta se enviará por correo electrónico al director general 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 por correo electrónico al director general una carta expresando 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 evaluaciones. 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 período 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.

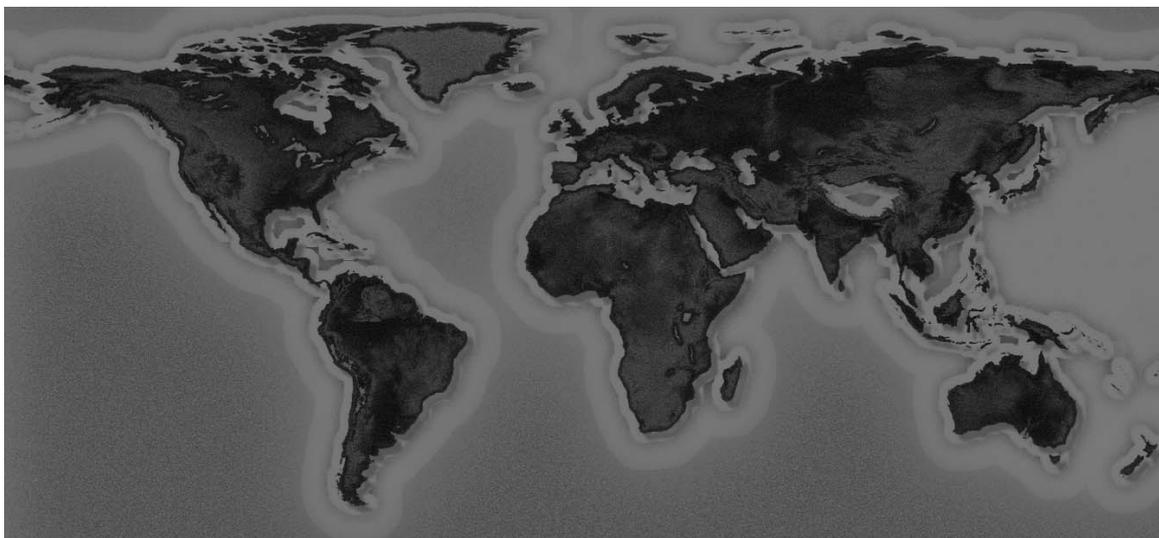
Definición. *Fecha de entrada en vigor* se define como la fecha publicada en la portada de las ediciones de los estándares después de la cual todas las actividades relativas a la acreditación se ejecutaran rigiéndose por tales estándares.

Política

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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 de 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.

Sección I: Estándares centrados en el paciente





Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG)

Perspectiva general

Este capítulo se ocupa de los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente, conforme a los requisitos para la implementación que entrará en vigor a partir del 1° de enero de 2011 en todas las organizaciones acreditadas por la Joint Commission International (JCI) con los estándares internacionales para hospitales.

El propósito de los objetivos internacionales para la seguridad del paciente es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. Destacan las áreas problemáticas de la atención sanitaria y describen soluciones consensuadas para estos problemas basadas tanto en la evidencia como en el conocimiento de expertos. Reconociendo que un diseño sólido del sistema es fundamental una atención sanitaria segura y de alta calidad, en general se centran en soluciones que abarquen todo el sistema, siempre que sea posible.

Los objetivos están estructuradas de la misma manera que los demás estándares e incluyen un *estándar* (declaración de la Meta), una declaración de intención y elementos medibles. Los objetivos se califican en forma similar a los demás estándares como “cumplidos”, “parcialmente cumplidos” o “no cumplidos”. Las Reglas de decisión de acreditación tienen en cuenta el cumplimiento con los objetivos internacionales para la seguridad del paciente como una regla de decisión aparte.

Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG)

A continuación se incluye una lista de todas los Objetivos. Se presentan aquí sin sus requisitos, declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos Objetivos, véase la siguiente sección de este capítulo, Objetivos, requisitos, intenciones y elementos medibles.

- IPSG 1 Identificar correctamente a los pacientes
- IPSG 2 Mejorar la comunicación efectiva
- IPSG 3 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
- IPSG 4 Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
- IPSG 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria
- IPSG 6 Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas

Objetivos, requisitos, intenciones y elementos medibles

OBJETIVO 1 (IPSG 1): Identificar correctamente a los pacientes

Requisito del Objetivo 1

La organización desarrolla un enfoque para mejorar la precisión de la identificación de los pacientes.

Intención del Objetivo 1

Los errores referentes al paciente equivocado ocurren en prácticamente todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no completamente alerta, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar sujetos a otras situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta. La intención de este objetivo es doble: en primer lugar, identificar en forma fiable a la persona como aquella a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona.

Las políticas y/o procedimientos para mejorar los procesos de identificación se elaboran de forma colaborativa, en particular los procesos utilizados para identificar al paciente al administrarle medicamentos, sangre o hemoderivados, extraerle sangre y otras muestras para análisis clínicos o proporcionar cualquier otro tratamiento o procedimiento. Las políticas y/o procedimientos exigen al menos dos formas de identificación del paciente, como por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, una pulsera con código de barras u otras maneras. El número de habitación del paciente o su ubicación no se puedan usar como identificadores. Las políticas y/o procedimientos aclaran el uso de dos identificadores diferentes en distintos lugares dentro de la organización, como por ejemplo en atención externa o en otros servicios ambulatorios, en el servicio de urgencias o en los quirófanos. También se incluye la identificación del paciente en coma sin identificación. Se emplea un proceso colaborativo para elaborar las políticas y/o procedimientos que garanticen que se preste atención a todas las posibles situaciones de identificación.

Elementos medibles del Objetivo 1

- 1. Se identifica al paciente utilizando dos identificadores, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente.
 - 2. Los pacientes son identificados antes de administrarle medicamentos, sangre o hemoderivados.
 - 3. Los pacientes son identificados antes de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos. (Véase también AOP.5.7, EM 2)
 - 4. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos.
 - 5. Las políticas y los procedimientos de la organización refuerzan la utilización de una práctica de identificación del paciente consistente en todas las situaciones y en todas las áreas de la organización.
-

OBJETIVO 2 (IPSG 2): Mejorar la comunicación efectiva

Requisito del Objetivo 2

La organización desarrolla un enfoque para mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales.

Intención del Objetivo 2

La comunicación efectiva, es decir, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y mejora la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, verbal o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas verbalmente y aquellas dadas por teléfono, cuando así lo permiten las leyes o reglamentaciones locales. Otra comunicación propensa a errores es la información de resultados críticos de análisis, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado de forma urgente.

La organización desarrolla de forma colaborativa una política y/o procedimiento para órdenes verbales y telefónicas que incluye: la anotación (o documentación en el ordenador) de la orden o el resultado del análisis completo por parte de quien recibe la información; la lectura de la orden o el resultado del análisis por parte del receptor, y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es correcto. La política y/o procedimiento identifican alternativas aceptables para situaciones en las que el proceso de relectura no sea posible, como por ejemplo en la sala de operaciones y en situaciones de emergencia en el servicio de urgencias o en la unidad de cuidados intensivos.

Elementos medibles del Objetivo 2

- 1. El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal y/o telefónico anota la orden o resultado del análisis. (*Véase también* MCI.19.2, EM 1)
 - 2. El receptor de la orden o del resultado del análisis verbal y/o telefónico vuelve a leer dicha orden o resultado. (*Ver AOP.5.3.1. intención del estándar*).
 - 3. La orden o el resultado del análisis son confirmados por la persona que los dio.
 - 4. Las políticas y los procedimientos de la organización refuerzan la utilización de una práctica consistente para la verificación de la comunicación verbal o telefónica. (*Ver AOP.5.3.1. intención del estándar*).
-

OBJETIVO 3 (IPSG 3): Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Requisito del Objetivo 3

La organización desarrolla un enfoque para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

Intención del Objetivo 3

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento del paciente, es fundamental su gestión adecuada a fin de garantizar la seguridad del paciente. Se considera medicación de alto riesgo aquella medicación implicada en un porcentaje alto de errores y/o eventos centinela, medicación que implica un riesgo alto de eventos adversos y medicación de aspecto o nombre similar. Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud o el Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (Institute for Safe Medication Practices, ISMP) disponen de listas de medicamentos de alto riesgo. Un problema de seguridad de los medicamentos mencionado con frecuencia es la administración involuntaria de electrólitos concentrados (por ejemplo, cloruro de potasio [concentración igual o mayor a 2 mEq/ml], fosfato de potasio [igual o mayor a 3 mmol/ml], cloruro de sodio [concentración mayor a 0.9%] y sulfato de magnesio [concentración igual o mayor a 50%]). Este error puede ocurrir cuando un miembro del personal no ha sido debidamente orientado a la unidad de atención al paciente, cuando se emplean enfermeros contratados que sin la debida orientación, o durante emergencias. El medio más efectivo para disminuir o eliminar estos incidentes es desarrollar un proceso para la gestión de medicación de alto riesgo que incluya retirar los electrólitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.

La organización elabora de forma colaborativa una política y/o un procedimiento que identifica la lista de medicamentos que la organización considera de alto riesgo, en base a sus propios datos. La política y/o el procedimiento también identifica las áreas donde los electrólitos concentrados son necesarios desde el punto de vista clínico y de la práctica profesional, como el servicio de urgencias o los quirófanos, e identifica cómo se etiquetan de forma clara y cómo se almacenan en dichas áreas, de forma que su acceso esté restringido a fin de prevenir la administración involuntaria.

Elementos medibles del Objetivo 3

- 1. Se desarrollan políticas y/o procedimientos que definan la identificación, la ubicación, el etiquetado y el almacenaje de medicación de alto riesgo.
- 2. Se implementan las políticas y procedimientos.
- 3. No hay electrólitos concentrados en unidades de atención al paciente, salvo en aquellas áreas donde la política lo autorice, sean necesarios desde el punto de vista clínico y se tomen medidas contra su administración involuntaria. (*Véase también* la declaración de intención de MMU.3)
- 4. Los electrolitos concentrados que se almacenan en las unidades de atención al paciente se identifican (etiquetan) claramente y se almacenan de forma que tengan un acceso restringido.

OBJETIVO 4 (IPSG 4): Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto

Requisito del Objetivo 4

La organización desarrolla un enfoque para asegurar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Intención del Objetivo 4

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente equivocado es un problema inquietante en las organizaciones sanitarias. Estos errores son el resultado de una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, de la falta de participación del paciente en el marcado del sitio y de la ausencia de procedimientos de verificación del lugar de la operación. Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada de la historia clínica, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores contribuyentes frecuentes.

Es preciso que las organizaciones desarrollen de forma colaborativa una política y/o un procedimiento que sea efectivo para eliminar este preocupante problema. La política debe incluir una definición de cirugía que abarque al menos aquellas pruebas diagnósticas o tratamientos que impliquen incisiones, extracción, modificación o inserción de dispositivos diagnósticos o terapéuticos. La política debe aplicarse en cualquier área de la organización en la que se lleven a cabo estos procedimientos. El Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery™ (Protocolo universal para la prevención de cirugías en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o a la persona equivocada) de la Joint Commission (<http://www.jointcommission.org/PatientSafety/UniversalProtocol>) describe prácticas basadas en la evidencia.

Los procesos esenciales encontrados en el Protocolo universal son:

- el marcado del sitio quirúrgico,
- un proceso de verificación preoperatorio y
- un Tiempo Fuera o “time-out” que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento.

El marcado del sitio quirúrgico se realiza con participación del paciente y se lleva a cabo con una marca reconocible automáticamente. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por la persona que llevará a cabo el procedimiento, deberá hacerse estando el paciente despierto y consciente, si fuera posible y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto. El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral).

El propósito del proceso de verificación preoperatorio es

- verificar que sean el sitio, el procedimiento y el paciente correctos;
- asegurar que estén disponibles y debidamente etiquetados y expuestos todos los documentos, imágenes y estudios relevantes;
- y
- verificar la presencia de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios

El Tiempo Fuera (“time-out”) previo al procedimiento permite resolver cualquier posible pregunta o confusión. El Tiempo Fuera se lleva a cabo en el lugar donde se realizará el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo quirúrgico. La organización determina el modo de documentar el “time out”.

Elementos medibles del Objetivo 4

- 1. La organización emplea una marca reconocible automáticamente para la identificación del sitio quirúrgico y hace participar al paciente en el proceso de marcado.
- 2. La organización emplea una lista de verificación u otro proceso para verificar que todos los documentos y el equipo necesarios estén a mano, sean los correctos y funcionen.
- 3. El equipo quirúrgico completo lleva a cabo y documenta el Tiempo Fuera (“time-out”) justo antes de comenzar un procedimiento quirúrgico.

- 4. Se desarrollan políticas y procedimientos que definen un proceso uniforme para garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto, incluyendo los procedimientos médicos y odontológicos que se llevan a cabo fuera del quirófano.
-

OBJETIVO 5 (IPSG 5): Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria

Requisito del Objetivo 5

La organización desarrolla un enfoque para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria.

Intención del Objetivo 5

La prevención y el control de infecciones suponen un desafío en la mayoría de los entornos sanitarios y los índices en aumento de infecciones asociadas con la atención sanitaria representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Las infecciones comunes a todos los entornos de atención sanitaria incluyen infecciones de las vías urinarias asociadas con el uso de catéteres, infecciones sanguíneas y neumonía (a menudo asociadas con la respiración asistida).

Para erradicar estas y otras infecciones es fundamental una adecuada higiene de manos. Se pueden obtener guías aceptadas a nivel internacional para la higiene de manos en la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) y en varias otras organizaciones nacionales e internacionales.

La organización elabora de forma colaborativa políticas y/o procedimientos que adapten o adopten las guías vigentes publicadas y generalmente aceptadas para la higiene de manos y para la implementación de dichas guías en la organización.

Elementos medibles del Objetivo 5

- 1. La organización adoptó o adaptó guías para la higiene de manos actualmente publicadas y generalmente aceptadas.
 - 2. La organización implementa un programa efectivo para la higiene de manos.
 - 3. Se desarrollan políticas y/o procedimientos para reducir continuamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
-

OBJETIVO 6 (IPSG 6): Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas

Requisito del Objetivo 6

La organización desarrolla un enfoque para reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas.

Intención del Objetivo 6

Las caídas constituyen una parte importante de las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados. En el contexto de la población atendida, los servicios prestados y sus instalaciones, la organización debe evaluar el riesgo que corren sus pacientes de caerse y debe tomar medidas para reducir el riesgo de caídas y de lesiones en caso de ocurrir una caída. La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación de movilidad y equilibrio y las ayudas para caminar empleadas por el paciente. La organización desarrolla un programa de reducción del riesgo de caídas basándose en políticas y/o procedimientos adecuados. El programa incluye la monitorización de las consecuencias tanto intencionadas como no intencionadas de las acciones implementadas para reducir las caídas. Como ejemplo de consecuencias no intencionadas, el uso inapropiado de sujeciones físicas o las restricciones en la ingesta de líquidos pueden provocar daños, dificultar la circulación y comprometer la integridad de la piel. Se implementa el programa.

Elementos medibles del Objetivo 6

- 1. La organización implementa un proceso para la evaluación inicial del riesgo de caídas del paciente y una reevaluación del paciente cuando así lo indique un cambio su estado, su medicación, etc.

- 2. Se implementan medidas para reducir el riesgo de caídas en los pacientes con riesgo de caídas identificado.
- 3. Se monitorizan los resultados obtenidos por las medidas implementadas, tanto el éxito en la reducción del daño producido por caídas como cualquier consecuencia no intencionada relacionada.
- 4. Las políticas y los procedimientos apoyan la reducción continua del riesgo de daño al paciente producido por caídas en la organización.



Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)

Perspectiva general

Una organización sanitaria debe tener en cuenta la atención que proporciona como parte de un sistema integrado de servicios, profesionales de atención sanitaria y niveles de atención, que constituyen una atención continuada. El objetivo es hacer coincidir correctamente las necesidades de atención sanitaria del paciente con los servicios disponibles, coordinar los servicios proporcionados al paciente en la organización y planificar el alta y el seguimiento. Así se obtienen mejores resultados en la atención al paciente y un uso más eficiente de los recursos disponibles.

La información es fundamental para tomar decisiones correctas acerca de:

- las necesidades del paciente que la organización sanitaria puede cubrir,
- el flujo eficiente de servicios al paciente y
- el traslado o el alta adecuados del paciente a su domicilio o a otro entorno de atención.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

Admisión en la organización

ACC.1 Los pacientes son ingresados para obtener atención hospitalaria, o inscritos para obtener atención ambulatoria, según sus necesidades de atención sanitaria y la misión y los recursos de la organización.

ACC.1.1 La organización cuenta con un proceso de admisión de pacientes para hospitalización y atención ambulatoria.

ACC.1.1.1 Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas tendrán prioridad en su evaluación y tratamiento.

ACC.1.1.2 Se da prioridad a las necesidades de servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación según el estado del paciente en el momento del ingreso en la organización.

ACC.1.1.3 La organización tiene en cuenta las necesidades de atención de los pacientes cuando hay listas de espera o retrasos para acceder a servicios diagnósticos y/o tratamiento.

ACC.1.2 Al ingreso, los pacientes y las familias reciben información sobre la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier coste esperado para el paciente por la atención.

ACC.1.3 La organización intenta reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios.

ACC.1.4 El ingreso o traslado a o desde unidades que prestan servicios intensivos o especializados viene determinado mediante los criterios establecidos.

Continuidad de la atención

ACC.2 La organización diseña y desarrolla procesos que permiten la continuidad de la atención al paciente dentro de la propia organización y entre diferentes profesionales sanitarios.

ACC.2.1 Durante todas las fases de la atención a pacientes hospitalizados, existe un profesional cualificado identificado como responsable de la atención del paciente.

Alta, derivación y seguimiento

ACC.3 Existe una política o procedimiento para dar el alta o derivar a los pacientes.

ACC.3.1 La organización coopera con los profesionales sanitarios y con agencias externas para garantizar derivaciones oportunas y adecuadas.

ACC.3.2 Las historias clínicas de los pacientes contienen una copia del informe del alta.

ACC.3.2.1 El informe de alta de los pacientes ingresados esta completo.

ACC.3.3. Las historias clínicas de pacientes ambulatorios que reciban una atención continuada contienen un resumen de todos los diagnósticos significativos conocidos, alergias medicamentosas, medicación actualizada y cualquier procedimiento quirúrgico y hospitalización previa.

ACC.3.4 Los pacientes y, según sea adecuado, sus familias, reciben instrucciones de seguimiento comprensibles.

ACC.3.5 La organización tiene un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes que solicitan alta voluntaria en contra del consejo médico.

Traslado de pacientes

ACC.4 Se traslada a los pacientes a otras organizaciones en base a su estado y para atender sus necesidades de atención continuada.

ACC.4.1 La organización que realiza el traslado determina que la organización que recibe al paciente podrá atender las necesidades de atención continuada del paciente.

ACC.4.2 Se entrega a la organización que recibe al paciente un informe escrito del estado clínico del paciente y de las intervenciones realizadas por la organización de origen.

ACC.4.3 Durante un traslado directo, habrá un miembro cualificado del personal supervisando el estado del paciente.

ACC.4.4 El proceso de traslado se documenta en la historia clínica del paciente.

Transporte

ACC.5 El proceso de derivación, traslado o alta pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, tiene en cuenta sus necesidades de transporte.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Admisión en la organización

Estándar ACC.1

Los pacientes son ingresados para obtener atención hospitalaria, o inscritos para obtener atención ambulatoria, según sus necesidades de atención sanitaria y la misión y los recursos de la organización.

Intención de ACC.1

Para hacer coincidir las necesidades del paciente con la misión y los recursos de la organización sanitaria es necesario obtener información sobre las necesidades y el estado del paciente mediante un reconocimiento (cribado), que suele realizarse durante el primer contacto. El cribado puede realizarse mediante criterios de triage, evaluación visual, examen físico o los resultados de evaluaciones físicas, psicológicas, análisis clínicos de laboratorio o estudios de diagnóstico por imagen. El cribado puede tener lugar en el centro de origen, durante un traslado urgente, o cuando el paciente llega a la organización. Es importante que las decisiones de tratar, trasladar o derivar se tomen sólo después de tener disponibles los resultados de las evaluaciones. Sólo ingresarán o iniciarán tratamiento ambulatorio aquellos pacientes a quienes la organización pueda proporcionar los servicios necesarios conforme a su misión. La organización reflejará en una política o procedimiento los cribados o evaluaciones particulares necesarios antes de ingresar o comenzar tratamiento, en caso de haberlos. (*Véase también* AOP.1, intención del estándar)

Elementos medibles de ACC.1

- 1. El cribado se inicia en el momento del primer contacto, dentro o fuera de la organización.
- 2. Según los resultados del cribado, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos de la organización. (*Véase también* GLD.3.2, EM 2)
- 3. Sólo se acepta a los pacientes si la organización puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado para la atención, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados.
- 4. Existe un proceso para proporcionar los resultados de las pruebas diagnósticas a los responsables de determinar si el paciente deberá ser admitido, transferido o derivado.
- 5. Las políticas identifican las pruebas diagnósticas que se consideran necesarias antes de admitir al paciente.
- 6. Los pacientes no son admitidos, transferidos ni derivados antes de que estén disponibles los resultados de las pruebas necesarias para tomar estas decisiones.

Estándar ACC.1.1

La organización cuenta con un proceso de admisión de pacientes para hospitalización y atención ambulatoria.

Intención de ACC.1.1

El proceso de admisión de pacientes para hospitalización y para atención ambulatoria está estandarizado en políticas y procedimientos. El personal responsable del proceso está familiarizado con los procedimientos normalizados y los cumple.

Las políticas y procedimientos tienen en cuenta:

- la inscripción para pacientes ambulatorios o la admisión para pacientes ingresados,
- la admisión directamente desde el servicio de urgencias a una unidad de hospitalización, y
- el proceso para mantener pacientes en observación.

Las políticas también definen el modo en que se gestionan los pacientes cuando las instalaciones para hospitalización son limitadas o no hay lugar disponible para el ingreso de pacientes o para su admisión en la unidad adecuada.

Elementos medibles de ACC.1.1

- 1. El proceso de inscripción de pacientes de atención ambulatoria está estandarizado.
 - 2. El proceso de ingreso de pacientes para hospitalización está estandarizado.
 - 3. Hay un proceso para la admisión de los pacientes de urgencias en unidades de hospitalización.
 - 4. Hay un proceso para mantener a los pacientes en observación.
 - 5. Hay un proceso para gestionar a los pacientes cuando no hay camas disponibles en el servicio o unidad deseados ni en ningún otro lugar de la instalación.
 - 6. Para estandarizar el proceso de admisión de pacientes ingresados e inscripción de pacientes ambulatorios se utilizan normas y procedimientos.
 - 7. El personal está familiarizado con las políticas y los procedimientos y los cumple.
-

Estándar ACC.1.1.1

Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas tendrán prioridad en su evaluación y tratamiento.

Intención de ACC.1.1.1

Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas (como por ejemplo infecciones respiratorias) son identificados mediante un proceso de triage basado en la evidencia. Cuando se han identificado como pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas, estos pacientes son evaluados y obtienen atención tan pronto como sea necesario. Dichos pacientes podrán ser evaluados por un médico o por otro profesional cualificado antes que otros pacientes, obtendrán servicios diagnósticos tan pronto como sea posible y se comenzará a administrarles el tratamiento que necesiten. El proceso de triage incluye criterios con base fisiológica siempre que sea posible y adecuado. La organización forma a su personal para identificar qué pacientes tienen necesidades inmediatas y cómo priorizar su atención.

Cuando la organización no tiene la capacidad de atender a un paciente con necesidades de emergencia y es necesario transferir al paciente a un centro más especializado, la organización debe estabilizar al paciente en la medida de lo posible antes de realizar el traslado.

Elementos medibles de ACC.1.1.1

- 1. La organización utiliza un proceso de triage basado en la evidencia para priorizar a los pacientes con necesidades inmediatas.
 - 2. Se capacita al personal para aplicar los criterios.
 - 3. Los pacientes son priorizados según la urgencia de sus necesidades.
 - 4. Los pacientes con necesidades de emergencia son estabilizados en la medida de lo posible antes de trasladarlos a otra organización. (*Véase también ACC.4.*)
-

Estándar ACC.1.1.2

Se da prioridad a las necesidades de servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación según el estado del paciente en el momento del ingreso en la organización.

Intención de ACC.1.1.2

Cuando se valora al paciente en el momento de ingreso en la organización, la evaluación ayuda al personal a identificar y priorizar los servicios preventivos, paliativos, de curas y de rehabilitación que el paciente necesita y seleccionar el servicio o unidad más adecuado para atender sus necesidades más urgentes o prioritarias.

Elementos medibles de ACC.1.1.2

- 1. El cribado ayuda al personal a identificar las necesidades del paciente.
- 2. El servicio o las unidades seleccionadas para atender estas necesidades se basan en los resultados del cribado.
- 3. Se priorizan las necesidades del paciente relacionadas con servicios preventivos, paliativos, de curación y rehabilitación.

Estándar ACC.1.1.3

La organización tiene en cuenta las necesidades de atención de los pacientes cuando hay listas de espera o retrasos para acceder a servicios diagnósticos y/o tratamiento.

Intención de ACC.1.1.3

Se informará a los pacientes cuando los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos o la obtención de la atención planificada requieran su inclusión en una lista de espera. También se informará a los pacientes sobre los motivos del retraso o la espera y las alternativas disponibles. Este requisito aplica a los servicios diagnósticos o de tratamiento de pacientes internos y ambulatorios, pero no aplica a las esperas de menor importancia para obtener atención externa o de hospitalización como, por ejemplo, cuando un médico se retrasa. En algunos casos, como por ejemplo el tratamiento oncológico o el trasplante de órganos, las esperas pueden estar gestionadas mediante normas nacionales al respecto, por lo que estos casos se consideran de forma independiente a los servicios diagnósticos citados.

Elementos medibles de ACC.1.1.3

- 1. Se informa a los pacientes ingresados y en tratamiento ambulatorio sobre las esperas en la atención.
- 2. Se informa a los pacientes sobre los motivos del retraso o la espera y se proporciona información sobre alternativas disponibles para cubrir sus necesidades.
- 3. La información proporcionada se documenta en la historia clínica.
- 4. Se utilizan políticas y/o procedimientos para estandarizar la práctica.

Estándar ACC.1.2

Al ingreso, los pacientes y las familias reciben información sobre la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier coste esperado para el paciente por la atención.

Intención de ACC.1.2

Durante el proceso de admisión, los pacientes y sus familias reciben información suficiente para poder tomar decisiones informadas. Se proporciona información sobre la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier coste que pueda tener que afrontar el paciente o la familia por la atención, cuando la misma no está cubierta por una fuente pública o privada. Cuando existan restricciones económicas relacionadas con el coste de la atención, la organización busca formas de superar esas restricciones. Dicha información podrá estar documentada o podrá proporcionarse verbalmente, dejando constancia de esto en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de ACC.1.2

- 1. Se proporciona información al paciente y a la familia en el momento de la admisión. (*Véase también MCI.2, intención del estándar*)
- 2. La información proporcionada incluye información sobre la atención propuesta.
- 3. La información proporcionada incluye información sobre los resultados esperados.
- 4. La información proporcionada incluye información sobre cualquier coste esperado para el paciente o la familia.
- 5. La información proporcionada es suficiente para que los pacientes o la familia puedan tomar decisiones informadas. (*Véanse también AOP.4.1, EM 3*)

Estándar ACC.1.3

La organización intenta reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios.

Intención de ACC.1.3

Las organizaciones con frecuencia atienden a comunidades con una población diversa. Los pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas o dialectos, presentar una diversidad cultural u otras barreras que hagan muy difícil el proceso de acceso y obtención de atención. La organización ha identificado estas barreras y ha implementado procesos para eliminarlas o reducirlas para los pacientes que solicitan atención. La organización también implementa acciones para disminuir el impacto de estas barreras en la prestación de servicios.

Elementos medibles de ACC.1.3

- 1. Los líderes y el personal de la organización identifican las barreras más comunes en su población de pacientes.
- 2. Existe un proceso para superar o limitar las barreras para los pacientes que solicitan atención.
- 3. Existe un proceso para limitar el impacto de las barreras sobre la prestación de servicios.
- 4. Se implementan estos procesos.

Estándar ACC.1.4

El ingreso o traslado a o desde unidades que prestan servicios intensivos o especializados viene determinado mediante los criterios establecidos.

Intención de ACC.1.4

Las unidades o servicios que proporcionan cuidados intensivos (por ejemplo, una unidad de cuidados intensivos posquirúrgicos) o que ofrecen servicios especializados (por ejemplo la atención de pacientes quemados o unidades de trasplante de órganos) son costosos y por lo general tienen espacio y personal limitados. Además, cuando existen, los servicios de urgencias con camas para observación y las unidades de investigación clínica deben seleccionar adecuadamente a los pacientes que se incluirán en la unidad o las camas. Cada organización debe establecer criterios para determinar los pacientes que necesitan el nivel de atención proporcionado en dichas unidades. Para asegurar la coherencia, los criterios deben tener una base fisiológica, si fuera posible y adecuado. Los profesionales adecuados de los servicios de urgencias, intensivos o especializados participan en la elaboración de estos criterios. Los criterios se utilizan para determinar el ingreso directo a la unidad, por ejemplo, directamente desde el servicio de urgencias. También se usan los criterios para determinar los traslados a la unidad desde dentro o desde fuera de la organización. Asimismo se usan los criterios para determinar cuándo un paciente ya no necesita los servicios de la unidad y puede ser transferido a otro nivel de atención.

Cuando la organización lleva a cabo una investigación u ofrece servicios o programas especializados a los pacientes, la admisión o el traslado a dichos programas se realizarán mediante criterios establecidos o un protocolo establecido. En la elaboración de los criterios o del protocolo participan los profesionales adecuados, ya sea de la investigación o de otros programas. El ingreso en estos programas se documenta en la historia clínica del paciente e incluye los criterios o las condiciones del protocolo bajo las cuales el paciente fue admitido o transferido.

Elementos medibles de ACC.1.4

- 1. La organización ha establecido criterios de ingreso y/o traslado para sus servicios o unidades intensivas y especializadas, incluida la investigación y otros programas, para atender las necesidades especiales de los pacientes.
- 2. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.

- 3. En la elaboración de los criterios participan los profesionales adecuados.
- 4. El personal recibe capacitación para aplicar los criterios.
- 5. Las historias clínicas de los pacientes admitidos en unidades o servicios intensivos y especializados contienen evidencia que indica que reúnen los criterios para acceder a esos servicios.
- 6. Las historias clínicas de los pacientes transferidos o dados de alta de las unidades de cuidados intensivos o servicios especializados contienen evidencia que indica que ya no cumplen los criterios para necesitar dichos servicios.

Continuidad de la atención

Estándar ACC.2

La organización diseña y desarrolla procesos que permiten la continuidad de la atención al paciente dentro de la propia organización y entre diferentes profesionales sanitarios.

Intención de ACC.2

A lo largo de la estancia del paciente en una organización sanitaria, desde el ingreso hasta el alta o traslado, pueden participar en la atención distintos departamentos, servicios y profesionales sanitarios. En todas las etapas de la atención, se hacen coincidir las necesidades del paciente con los recursos adecuados tanto dentro como fuera de la organización. Esto se consigue empleando criterios o normas que determinan la idoneidad de los traslados dentro de la organización. (*Véase también ACC.1.4 en relación a criterios de admisión a o desde las unidades intensivas y especializadas*)

Para que la atención al paciente sea fluida, la organización debe diseñar e implementar procesos para la continuidad y coordinación de la atención entre médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios en:

- los servicios de urgencias y de admisión,
- los servicios diagnósticos y servicios terapéuticos,
- los servicios de tratamiento quirúrgicos y no quirúrgicos,
- distintos programas de atención ambulatoria y
- la organización y otros centros de atención. (*Véase también PFR.2, EM 1, y PFR.2.1, EM 2*)

Los líderes de los distintos centros y servicios trabajan conjuntamente para diseñar e implementar los procesos. Los procesos pueden basarse en criterios explícitos de traslado o en normas, procedimientos o directrices. La organización identifica a los responsables de coordinar los servicios. Estos profesionales pueden coordinar toda la atención del paciente (por ejemplo, entre departamentos) o ser responsables de la coordinación de la atención personal de un determinado paciente (por ejemplo, gestores de caso).

Elementos medibles de ACC.2

- 1. Los líderes de servicios y áreas diseñan e implementan procesos que respaldan la continuidad y la coordinación de la atención, incluidos aquellos identificados en la declaración de intención.
- 2. La indicación de los traslados dentro de la organización se determina mediante normas o criterios establecidos.
- 3. La continuidad y la coordinación son evidentes durante todas las fases de atención al paciente.
- 4. La continuidad y la coordinación son evidentes para el paciente.

Estándar ACC.2.1

Durante todas las fases de la atención a pacientes hospitalizados, existe un profesional cualificado identificado como responsable de la atención del paciente.

Intención de ACC.2.1

Un elemento esencial para mantener la continuidad de la atención a lo largo de toda la estancia del paciente en la organización, es la identificación de un profesional con responsabilidad sobre toda la atención al paciente o sobre una fase de la atención. Este profesional podrá ser un médico u otra persona cualificada. La identificación del profesional responsable figura en la historia clínica del paciente o en otro lugar conocido

por el personal de la organización. El profesional responsable de la atención al paciente proporciona documentación sobre el plan de tratamiento del paciente. Un profesional responsable de la atención durante toda la estancia hospitalaria mejora la continuidad, la coordinación, la satisfacción del paciente, la calidad y, potencialmente, los resultados. Por estos motivos, es aconsejable para determinados pacientes complejos y para otros pacientes que la organización identifique. Este profesional deberá colaborar y comunicarse con los demás profesionales sanitarios. Además, la política de la organización identifica el proceso para transferir la responsabilidad de un profesional responsable a otro durante periodos como festivos o vacaciones. La política identifica los profesionales de guardia o de otro tipo que toman la responsabilidad y el modo en se documenta este traspaso de responsabilidad.

Cuando un paciente pasa de una fase de atención a otra (por ejemplo, de atención quirúrgica a rehabilitación), la persona responsable de la atención del paciente puede cambiar, o la misma persona puede continuar supervisando toda la atención del paciente.

Elementos medibles de ACC.2.1

- 1. Se identifica al profesional responsable de coordinar la atención del paciente y está disponible durante todas las fases de hospitalización del paciente. (*Véase también* COP.2.1, EM 5 respecto a la responsabilidad médica y PFR.6.1, EM 2)
- 2. El profesional está cualificado para asumir la responsabilidad de la atención.
- 3. El profesional está identificado ante el personal de la organización.
- 4. El profesional aporta documentación a la historia clínica sobre el plan de atención del paciente.
- 5. El proceso para traspasar la responsabilidad de un profesional a otro está definido en la política de la organización.

Alta, derivación y seguimiento

Estándar ACC.3

Existe una política o procedimiento para dar el alta o derivar a los pacientes.

Intención de ACC.3

El alta o la derivación de un paciente a un profesional sanitario de fuera de la organización, a otro centro asistencial o a su domicilio, se realiza en función del estado de salud del paciente y la necesidad de atención o servicios continuados. El médico del paciente, o la persona responsable de su atención, debe determinar si está listo para el alta. También se pueden usar criterios preestablecidos para indicar cuándo un paciente está listo para el alta. Las necesidades de continuidad pueden indicar la derivación a un especialista, terapeuta de rehabilitación o incluso tratamiento preventivo coordinado en el domicilio por la propia familia. Se necesita un proceso organizado para asegurar que los profesionales sanitarios apropiados u otras organizaciones externas cubran las necesidades continuadas. El proceso incluye derivar pacientes a lugares de atención fuera de la región, cuando sea necesario. Cuando así se indique, la organización pone en marcha un plan de continuidad de atención lo antes posible. La familia debe estar incluida en el proceso de planificación del alta según convenga al paciente y sus necesidades.

Cuando la organización permite que los pacientes abandonen el hospital durante cierto tiempo, por ejemplo, en un “permiso” de fin de semana, existe una política y un procedimiento para guiar este proceso.

Elementos medibles de ACC.3

- 1. Se da de alta o deriva al paciente en base a sus necesidades de atención continuada. (*Véanse también* AOP.1.10, EM 1, AOP.1.11, EM 1 y GLD.6.1, EM 3)
- 2. Se determina si el paciente está listo para el alta utilizando criterios predeterminados que garantizan la seguridad del paciente
- 3. Cuando así se indique, la planificación para la derivación y/o el alta comienzan temprano en el proceso de atención y, cuando corresponda, incluye a la familia. (*Véanse también* AOP.1.11, EM 2, AOP.2, y PFR.2, EM1)
- 4. Se deriva y/o da el alta a los pacientes en función de sus necesidades. .
- 5. La política de la organización establece el proceso de los pacientes que pueden salir de la organización durante el proceso de atención “con permiso de salida” para un período de tiempo definido.

Estándar ACC.3.1

La organización coopera con los profesionales sanitarios y con agencias externas para garantizar derivaciones oportunas y adecuadas.

Intención de ACC.3.1

La derivación oportuna al facultativo, organización o agencia que se adapte lo máximo posible a las necesidades de continuidad de la atención del paciente requiere una planificación. La organización conoce profesionales sanitarios, los posibles centros de derivación en su comunidad para comprender los tipos de pacientes tratados y los servicios prestados y para establecer relaciones formales e informales con dichos centros. Cuando los pacientes vienen de una comunidad distinta, la organización intenta derivarlos a un centro cualificado su misma población.

Además, es posible que los pacientes necesiten servicios de apoyo y servicios médicos tras el alta. Por ejemplo, tras el alta los pacientes pueden necesitar apoyo social, nutricional, económico, psicológico u otro. La disponibilidad y uso real de estos servicios de apoyo podrá, en gran medida, determinar la necesidad de servicios médicos continuados. El proceso de planificación del alta tiene en cuenta el tipo de servicio de apoyo necesario y la disponibilidad de dichos servicios.

Elementos medibles de ACC.3.1

- 1. El proceso de planificación del alta tiene en cuenta la necesidad tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos continuados.
- 2. La organización identifica a los profesionales sanitarios y organizaciones en su comunidad que están más asociados con los servicios de la organización y la población del paciente. (*Véanse también PFE.3, EM 2*)
- 3. Las derivaciones fuera de la organización se realizan a profesionales y centros específicos en la comunidad del paciente, cuando sea posible.
- 4. Siempre que sea posible, los pacientes se derivan a estructuras de apoyo.

Estándar ACC.3.2

Las historias clínicas de los pacientes contienen una copia del informe del alta.

Intención de ACC.3.2

Se prepara un informe de la atención del paciente en el momento del alta de la organización. Un profesional cualificado elabora el informe del alta, como por ejemplo el médico del paciente.

La copia del informe de alta se archiva en la historia clínica del paciente. Se entrega una copia al paciente y, según sea adecuado, a la familia de éste, si así lo indica la política de la organización o la práctica habitual, teniendo en cuenta la ley y la cultura. También se entrega una copia del informe de alta al facultativo que será responsable de la atención continuada del paciente o de su seguimiento.

Elementos medibles de ACC.3.2

- 1. Una persona cualificada prepara un informe de alta, en el momento del alta.
- 2. El informe de alta contiene instrucciones de seguimiento.
- 3. Se archiva en la historia clínica del paciente una copia del informe de alta.
- 4. Salvo que contradiga la política de la organización, las leyes o la cultura, se entrega a los pacientes una copia del informe de alta.
- 5. Se entrega una copia del informe de alta al facultativo responsable de la atención continuada o el seguimiento del paciente.
- 6. La política y/o procedimiento de la organización indica el plazo en que debe elaborarse el informe de alta y archivar en la historia clínica.

Estándar ACC.3.2.1

El informe de alta de los pacientes ingresados esta completo.

Intención de ACC.3.2.1

El informe de alta proporciona una visión general de la estancia del paciente en la organización. El informe puede ser útil para el profesional responsable del seguimiento del paciente. El informe de alta incluye lo siguiente:

- a) Motivo de ingreso, diagnósticos y comorbilidades
- b) Hallazgos significativos, físicos y de otra índole
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados
- d) Medicamentos significativos, incluyendo la medicación al alta (es decir, todos los medicamentos que deberá tomarse en el domicilio)
- e) Estado del paciente al alta
- f) Instrucciones de seguimiento

Elementos medibles de ACC.3.2.1

- 1. El informe de alta recoge motivo de ingreso, diagnósticos y comorbilidades
 - 2. El informe de alta recoge hallazgos significativos, físicos y de otra índole
 - 3. El informe de alta recoge procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados
 - 4. El informe de alta recoge medicamentos significativos, incluyendo la medicación al alta (es decir, todos los medicamentos que deberá tomarse en el domicilio)
 - 5. El informe de alta recoge el estado del paciente al alta
 - 6. El informe de alta recoge instrucciones de seguimiento
-

Estándar ACC.3.3.

Las historias clínicas de pacientes ambulatorios que reciban una atención continuada contienen un resumen de todos los diagnósticos significativos conocidos, alergias medicamentosas, medicación actualizada y cualquier procedimiento quirúrgico y hospitalización previa.

Intención de ACC.3.3

Cuando la organización proporciona atención y tratamiento continuado a pacientes ambulatorios, a lo largo del tiempo los pacientes frecuentemente tienen varios diagnósticos, medicamentos y hallazgos de evaluaciones físicas que van evolucionando. Es importante tener un resumen actualizado del perfil del paciente para facilitar la continuidad de la atención. El resumen contiene, por ejemplo, los siguientes aspectos:

- Diagnósticos significativos
- Alergias medicamentosas
- Medicación actualizada
- Historia de procedimientos quirúrgicos
- Historia de hospitalizaciones

La organización debe decidir el formato y el contenido del informe, así como para qué pacientes se iniciará (por ejemplo para pacientes en tratamiento frecuente durante un periodo de tiempo largo, pacientes pluripatológicos, pacientes con muchas visitas o con varios especialistas, etc.). La organización también debe decidir qué se considera un resumen actualizado, quién debe actualizar el resumen y de qué forma se actualiza.

Elementos medibles de ACC.3.3

- 1. La organización identifica para qué tipo de pacientes en atención continuada se realizará un resumen.
- 2. La organización identifica cómo y quién actualiza el resumen.
- 3. La organización define el formato y el contenido del resumen
- 4. La organización define qué considera actualizado
- 5. La política de la organización define que las historias clínicas tendrán una listado de los resúmenes realizados.

Estándar ACC.3.4

Los pacientes y, según sea adecuado, sus familias, reciben instrucciones de seguimiento comprensibles.

Intención de ACC.3.4

Para los pacientes que no son derivados o trasladados directamente a otra organización sanitaria es fundamental recibir instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención continuada, con el fin de garantizar unos resultados de atención óptimos y que atiendan todas las necesidades del paciente.

Las instrucciones incluyen el nombre y la ubicación de los centros para continuar la atención, cualquier retorno a la organización para seguimiento y cómo obtener atención urgente en caso necesario. Cuando el estado o la capacidad del paciente le impiden comprender las instrucciones de seguimiento, se involucra a su familia en el proceso. También se involucra a la familia cuando participan en el proceso de atención continuada.

La organización facilita las instrucciones al paciente y, según sea adecuado, a su familia, de forma simple y comprensible. Las instrucciones se entregan por escrito o de la forma que resulte más comprensible para el paciente.

Elementos medibles de ACC.3.4

- 1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo que el paciente y su familia puedan comprender.
 - 2. Las instrucciones incluyen cualquier posibilidad de volver por razones de seguimiento.
 - 3. Las instrucciones indican en qué casos será necesario obtener atención urgente.
 - 4. Las familias también reciben instrucciones, según corresponda al estado del paciente.
-

Estándar ACC.3.5

La organización tiene un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes que solicitan alta voluntaria en contra del consejo médico.

Intención de ACC.3.5

Cuando los pacientes ingresados o los pacientes en seguimiento ambulatorio deciden interrumpir el tratamiento en el hospital en contra del consejo médico, se corren riesgos relacionados con el tratamiento inadecuado que pueden producir daño permanente o muerte. Los hospitales necesitan comprender los motivos por los que el paciente interrumpe el tratamiento en contra del consejo médico, para mejorar la comunicación con sus pacientes. Si el paciente tiene un médico de atención primaria conocido, el centro debe informar a dicho médico con el fin de minimizar el riesgo de daño. El proceso debe respetar la normativa y legislación vigente.

Elementos medibles de ACC.3.5

- 1. Hay un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes ingresados o en seguimiento ambulatorio que interrumpen el tratamiento en contra del consejo médico (*Véanse también* PFR.2, EM 1, y PFR.2.2, intención del estándar)
- 2. Cuando se conoce el médico de atención primaria del paciente, se informa a dicho profesional (*Véanse también* PFR 2.2, EMs 1 y 2)
- 3. El proceso es consistente con la normativa y legislación vigente.

Traslado de pacientes

Estándar ACC.4

Se traslada a los pacientes a otras organizaciones en base a su estado y para atender sus necesidades de atención continuada.

Intención de ACC.4

El traslado de un paciente a una organización externa se basa en su estado y en la necesidad de continuar recibiendo atención sanitaria. Dicho traslado puede deberse a la necesidad del paciente de obtener consulta y tratamiento especializados, servicios de urgencia o servicios menos intensivos, como atención subaguda o rehabilitación a más largo plazo. Es preciso un proceso de traslado a fin de asegurar que las organizaciones externas satisfagan las necesidades de atención continuada. El protocolo contempla:

- el modo de trasladar la responsabilidad entre proveedores y entornos,
- los criterios sobre cuándo es necesario el traslado para dar respuesta a las necesidades del paciente
- quién es responsable del paciente durante el traslado,
- el equipamiento y material necesarios durante el traslado,
- y
- qué debe hacerse cuando no se puede realizar un traslado a otro lugar de atención.

Elementos medibles de ACC.4

- 1. Los traslados se basan en las necesidades de atención continuada del paciente. (*Véanse también ACC.1.1.1, ME 4, y GLD.6,1, EM 3*)
 - 2. El protocolo contempla el modo en que se transfiere la responsabilidad de la continuidad de la atención a otro proveedor u otro entorno. (*Véanse también ACC.1.1.1, ME 4, y GLD.6,1, EM 3*)
 - 3. El protocolo especifica quién es responsable durante el traslado y el equipamiento y material necesario durante el traslado, (*Véanse también GLD.6,1, EM 3*)
 - 4. El protocolo de traslado especifica las situaciones en que no es posible realizar el traslado. (*Véanse también GLD.6,1, EM 4*)
 - 5. Los pacientes se trasladan de manera adecuada a otras organizaciones. (*Véanse también ACC.1.1.1, EM 4*)
-

Estándar ACC.4.1

La organización que realiza el traslado determina que la organización que recibe al paciente podrá atender las necesidades de atención continuada del paciente.

Intención de ACC.4.1

Al derivar a un paciente a otra organización, la organización que deriva debe determinar si la organización que recibe proporciona servicios que cubran las necesidades del paciente y si tiene la capacidad para recibirlo. Esta decisión, por lo general, se hace con bastante anticipación y la disposición para recibir pacientes y las condiciones de traslado se describen en afiliaciones o convenios formales o informales. Esta determinación anticipada asegura la continuidad de la atención y garantiza que se cubran las necesidades de atención del paciente.

Elementos medibles de ACC.4.1

- 1. La organización que deriva determina que la organización que recibe puede atender las necesidades del paciente que se traslada.
- 2. Existen acuerdos formales o informales con las organizaciones receptoras cuando hay que trasladar con frecuencia los pacientes. (*Véanse también GLD.3,3.1, intención del estándar*)

Estándar ACC.4.2

Se entrega a la organización que recibe al paciente un informe escrito del estado clínico del paciente y de las intervenciones realizadas por la organización de origen.

Intención de ACC.4.2

A fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente se traslada junto con el paciente. Se entrega a la organización receptora, junto con el paciente, una copia del informe del alta u otro informe clínico. El informe incluye el estado clínico del paciente, los procedimientos y demás intervenciones realizadas y las necesidades de continuidad de la atención.

Elementos medibles de ACC.4.2

- 1. Junto con el paciente se traslada su información clínica o un informe clínico.
- 2. El informe médico incluye el estado del paciente.
- 3. El informe médico incluye los procedimientos y demás intervenciones realizadas al paciente. (*Véanse también ACC.1,1.1, EM 4*)
- 4. El informe médico incluye las necesidades de atención continuada del paciente. (*Véanse también ACC.1,1.1, EM 4*)

Estándar ACC.4.3

Durante un traslado directo, habrá un miembro cualificado del personal supervisando el estado del paciente.

Intención de ACC.4.3

El traslado de un paciente directamente a otra organización sanitaria puede ser un proceso sencillo, cuando se trata de un paciente alerta que puede hablar, o puede implicar el traslado de un paciente en coma que necesita supervisión continua, ya sea de enfermería o médica. En cualquiera de los casos, el paciente necesitará estar controlado, pero las cualificaciones de la persona que realiza la supervisión difieren significativamente. Por lo tanto, el estado y la condición del paciente determinan las cualificaciones adecuadas de la persona encargada de controlar al paciente durante el traslado.

Elementos medibles de ACC.4.3

- 1. Todos los pacientes reciben supervisión durante un traslado directo.
- 2. Las cualificaciones del miembro del personal que supervisa al paciente se ajustan al estado del paciente.

Estándar ACC.4.4

El proceso de traslado se documenta en la historia clínica del paciente.

Intención de ACC.4.4

La historia clínica de cada paciente trasladado a otra organización sanitaria contiene documentación sobre el traslado. Esta documentación incluye el nombre de la organización y el nombre de la persona que acuerda acoger al paciente, el o los motivos de traslado y cualquier circunstancia especial para el traslado (como la disponibilidad de espacio en la organización receptora o el estado del paciente). También se anota si la condición o el estado del paciente cambian durante el traslado (por ejemplo, si el paciente muere o necesita resucitación). Cualquier otra documentación que requiera la normativa de la organización (por ejemplo, la firma del personal de enfermería o del médico que reciban al paciente, el nombre de la persona que ha estado controlando al paciente durante el traslado) debe incluirse en la historia clínica.

Elementos medibles de ACC.4.4

- 1. Las historias clínicas de los pacientes trasladados indican el nombre de la organización sanitaria y el nombre de la persona que aceptan recibir al paciente.
- 2. Las historias clínicas de los pacientes trasladados contienen otras notas, según lo requiera la normativa de la organización de origen.
- 3. Las historias clínicas de los pacientes trasladados indican el o los motivos del traslado.

- 4. Las historias clínicas de los pacientes trasladados indican cualquier circunstancia especial relacionada con el traslado.
- 5. Las historias clínicas de los pacientes trasladados contienen documentación sobre cualquier cambio en la condición o el estado del paciente durante el traslado.

Transporte

Estándar ACC.5

El proceso de derivación, traslado o alta pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, tiene en cuenta sus necesidades de transporte.

Nota: El estándar ACC.5 se aplica a todas las organizaciones.

Intención de ACC.5

El proceso de la organización para la derivación, el traslado o el alta del paciente tiene en cuenta sus necesidades de transporte. El tipo de transporte varía, puede ser una ambulancia u otro tipo de vehículo propio del hospital o puede ser alguna fuente alternativa decidida por la familia, o pueden ser los propios familiares y/o amigos quienes proporcionen el transporte. El medio de transporte seleccionado depende del estado y de la condición del paciente.

Las organizaciones que poseen y operan servicios de transporte deben cumplir las leyes, reglamentaciones y requisitos de funcionamiento, condiciones y mantenimiento. La organización identifica las situaciones relacionadas con el transporte que implican un riesgo de infección, e implementa estrategias para reducir este riesgo de infección (*Véanse también* el capítulo de PCI sobre los estándares de control de la infección que aplican en este caso). Los requisitos de medicación y otro equipamiento necesario en el transporte se basan en el tipo de paciente trasladado. Por ejemplo, es muy distinto trasladar a un paciente geriátrico de su casa a una visita de atención ambulatoria que trasladar a un paciente con enfermedad infecciosa o quemado de un hospital a otro.

Si el hospital contrata los servicios de transporte, debe garantizar que la organización contratada cumple los estándares requeridos respecto a la seguridad del paciente y del vehículo.

En ambos casos, el hospital debe evaluar la calidad y la seguridad de los servicios de transporte. Esto incluye la recepción, el análisis y la respuesta a quejas relacionadas con los servicios de transporte proporcionados o gestionados.

Elementos medibles de ACC.5

- 1. Se realiza una evaluación de las necesidades de transporte cuando un paciente es derivado a otro lugar de atención, cuando se traslada a otra organización sanitaria o cuando está listo para ir a su casa, tanto después de una hospitalización como de una visita de atención ambulatoria.
- 2. El transporte proporcionado se adecúa a las necesidades y la condición del paciente.
- 3. Los vehículos de transporte del hospital cumplen las leyes y normativas pertinentes respecto a su funcionamiento, condición y mantenimiento.
- 4. Los servicios de transporte subcontratados cumplen los requisitos de calidad y seguridad del hospital. (*Véanse también* GLD.3,3.1)
- 5. Todos los vehículos utilizados para el transporte, tanto los propios del hospital como los subcontratados, disponen del equipamiento, el material y la medicación necesaria para dar respuesta a las necesidades de los pacientes trasladados.
- 6. Se ha implementado un proceso para monitorizar la calidad y la seguridad del transporte que el hospital proporciona o gestiona, incluyendo el proceso de gestión de quejas (*Véanse también* GLD.3,3.1, intención del estándar)



Derechos del paciente y de su familia (PFR)

Perspectiva general

Cada paciente es único, con sus propias necesidades, fortalezas, valores y creencias. Las organizaciones sanitarias trabajan para establecer la confianza y la comunicación abierta con los pacientes y para comprender y proteger los valores culturales, psicosociales y espirituales de cada paciente.

Los resultados en la atención al paciente mejoran cuando los pacientes y, según sea adecuado, sus familias o quienes toman decisiones en su nombre, participan de las decisiones y procesos de atención de un modo que se adecua a sus expectativas culturales.

A fin de promover los derechos del paciente dentro de una organización sanitaria, se comienza definir dichos derechos y se educa a los pacientes y al personal sobre los mismos. Los pacientes son informados de sus derechos y de cómo actuar para ejercerlos. Se enseña al personal a comprender y respetar las creencias y valores de los pacientes y a prestar atención atenta y respetuosa que proteja la dignidad de los pacientes.

Este capítulo se ocupa de los procesos para

- identificar, proteger y promover los derechos de los pacientes;
- informar a los pacientes de sus derechos;
- involucrar a la familia del paciente, cuando sea adecuado, en lo que respecta a las decisiones sobre la atención del paciente;
- obtener consentimientos informados; y
- educar al personal sobre los derechos del paciente;

La forma en que se llevan a cabo estos procesos en una organización depende de las leyes y reglamentaciones del país y de toda convención, tratado o acuerdo internacional sobre derechos humanos refrendados por el país.

Estos procesos se relacionan con el modo en el que una organización presta atención sanitaria de manera equitativa, dada la estructura del sistema de prestación de atención sanitaria y de los mecanismos de financiación de la atención sanitaria del país. Este capítulo también abarca los derechos de los pacientes y las familias en relación con la investigación y la donación y trasplante de órganos y tejidos.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

PFR.1 La organización es responsable de facilitar procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.

PFR.1.1 La atención deberá ser atenta y respetuosa con los valores y creencias personales del paciente.

PFR.1.1.1 La organización cuenta con un proceso para responder a las solicitudes de servicios pastorales o solicitudes similares de los pacientes y de las familias, según las creencias espirituales y religiosas del paciente.

- PFR.1.2 La atención respeta la necesidad de intimidad del paciente.
- PFR.1.3 La organización adopta medidas para proteger las pertenencias de los pacientes contra robo o pérdida.
- PFR.1.4 Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.
- PFR.1.5 Los niños, personas discapacitadas, ancianos y demás población vulnerable reciben la protección adecuada.
- PFR.1.6 La información del paciente es confidencial.
- PFR.2 La organización apoya los derechos de los pacientes y de sus familias a participar en el proceso de atención.
 - PFR.2.1 La organización informa a los pacientes y a las familias con un método y un lenguaje que puedan entender sobre el proceso de información del estado médico y todo diagnóstico confirmado, cómo les comunicarán la atención y el tratamiento planificados y cómo pueden participar en las decisiones sobre la atención, en la medida que lo deseen.
 - PFR.2.1.1 La organización informa a los pacientes y a las familias sobre cómo les comunicarán los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos y quién les hablará al respecto.
 - PFR.2.2 La organización informa a los pacientes y a las familias sobre sus derechos y responsabilidades relacionados con el rechazo o la interrupción del tratamiento.
 - PFR.2.3 La organización respeta los deseos y preferencias del paciente de renunciar a los servicios de resucitación y a renunciar o retirar los servicios de mantenimiento vital.
 - PFR.2.4 La organización respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y gestión del dolor adecuados.
 - PFR.2.5 La organización respalda el derecho del paciente a recibir una atención respetuosa y compasiva hacia el final de su vida.
- PFR.3 La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su proceso para recibir y tomar medidas respecto a quejas, conflictos y diferencias de opinión sobre la atención del paciente y sobre el derecho del paciente a participar en estos procesos.
- PFR.4 Los miembros del personal reciben educación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias del paciente y en la protección de los derechos del paciente.
- PFR.5 Todos los pacientes son informados sobre sus derechos y deberes en un formato y con un lenguaje que puedan comprender.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Estándar PFR.1

La organización es responsable de facilitar procesos que apoyen los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.

Intención de PFR.1

Los líderes de una organización son los responsables principales de lo que la organización da a sus pacientes. Por lo tanto, es preciso que los líderes conozcan y comprendan los derechos del paciente y las familias, al igual que las responsabilidades de su organización tal como se identifican en las leyes y reglamentaciones. Los líderes garantizan que el personal de toda la organización asuma la responsabilidad de proteger estos derechos. A fin de proteger y anticipar en forma efectiva los derechos de los pacientes, los líderes trabajan conjuntamente y procuran comprender sus responsabilidades los pacientes atendidos.

La organización respeta el derecho de los pacientes y, en determinadas circunstancias, el derecho de la familia del paciente, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros y bajo qué circunstancias. Por ejemplo, puede que el paciente no desee que su familia se entere sobre un diagnóstico.

Los derechos del paciente y de las familias son un elemento fundamental de todos los contactos entre una organización, su personal, sus pacientes y las familias de los mismos. Se elaboran e implementan políticas y procedimientos para asegurar que todos el personal sea consciente y responda ante cuestiones de derechos del paciente y de las familias al interactuar con los pacientes y atenderlos, en toda la organización. La organización emplea un proceso participativo para elaborar las políticas y procedimientos e incluye a los pacientes y a las familias en el proceso cuando sea adecuado. (*Véanse ACC.6.1, EM 7*)

Elementos medibles de PFR.1

- 1. Los líderes de la organización trabajan con un proceso participativo para proteger y anticipar los derechos de los pacientes y las familias.
- 2. Los líderes comprenden los derechos de los pacientes y las familias tal como están identificados en las leyes y reglamentaciones y en relación con las prácticas culturales de la comunidad o de los pacientes atendidos.
- 3. La organización respeta el derecho de los pacientes y, en determinadas circunstancias, el derecho de la familia del paciente, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros y bajo qué circunstancias.
- 4. Los miembros del personal están informados sobre las políticas y procedimientos relacionados con los derechos del paciente y pueden explicar sus responsabilidades en cuanto a la protección de dichos derechos.
- 5. Las políticas y procedimientos orientan y apoyan los derechos de los pacientes y las familias en la organización.

Estándar PFR.1.1

La atención deberá ser atenta y respetuosa con los valores y creencias personales del paciente.

Estándar PFR.1.1.1

La organización cuenta con un proceso para responder a las solicitudes de servicios pastorales o solicitudes similares de los pacientes y de las familias, según las creencias espirituales y religiosas del paciente.

Intención de PFR.1.1 y PFR.1.1.1

Cada paciente trae al proceso de atención sus propios valores y creencias. Algunos valores y creencias son comunes a todos los pacientes y con frecuencia son de origen cultural y religioso. Otros valores y creencias son específicos de un paciente en concreto. Se anima a los pacientes a expresar sus creencias respetando las creencias de los demás.

Algunos valores y creencias muy arraigados pueden condicionar el proceso de atención y la respuesta del paciente a la misma. De este modo, los profesionales sanitarios intentan entender la atención y los servicios que prestan en el contexto de los valores y creencias del paciente.

Cuando un paciente o una familia desean hablar con alguien en relación con sus necesidades religiosas o espirituales, la organización cuenta con un proceso para responder a la solicitud. En el proceso podrá participar personal religioso existente en la organización, fuentes locales o fuentes referidas por la familia. La respuesta a esta solicitud es más compleja cuando, por ejemplo, la organización o el país no “reconoce” oficialmente una religión o credo, o carece de fuentes relacionadas con la religión o credo cuyos servicios se soliciten.

Elementos medibles de PFR.1.1

- 1. Existe un proceso para identificar y respetar los valores y las creencias de un paciente y, cuando corresponde, los de la familia del paciente. (*Véanse también* PFE.2.1, EM 1 y COP.7, EM 1)
- 2. El personal emplea el proceso y presta una atención respetuosa con los valores y creencias del paciente.

Elementos medibles de PFR.1.1.1

- 1. La organización cuenta con un proceso diseñado para responder ante solicitudes, tanto de rutina como complejas, vinculadas con el apoyo religioso o espiritual.
 - 2. La organización responde ante las solicitudes de apoyo religioso o espiritual.
-

Estándar PFR.1.2

La atención respeta la necesidad de intimidad del paciente.

Intención de PFR.1.2

La intimidad del paciente es importante, en especial durante procedimientos clínicos, exploraciones, tratamientos y traslados. Los pacientes pueden requerir intimidad respecto a otros miembros del personal, otros pacientes e incluso respecto a otros miembros de su familia. Además, puede que los pacientes no deseen ser fotografiados, grabados ni entrevistados en evaluaciones de acreditación. Si bien existen algunos enfoques comunes para garantizar la intimidad de los pacientes, otros pacientes tienen expectativas y necesidades de intimidad, diferentes o adicionales según la situación, y estas expectativas y necesidades pueden cambiar con el tiempo. A medida que el personal atiende a los pacientes, consulta sobre sus necesidades y expectativas de intimidad durante la atención. Esta comunicación entre un miembro del personal y su paciente genera confianza y una comunicación abierta y no es necesario documentarla.

Elementos medibles de PFR.1.2

- 1. Los miembros del personal identifican las expectativas y necesidades de intimidad del paciente durante la atención y el tratamiento. (*Véase también* PFR.2.5)
 - 2. Las necesidades expresadas de intimidad de un paciente se respetan durante los procedimientos clínicos, exploraciones, tratamientos y traslados.
-

Estándar PFR.1.3

La organización adopta medidas para proteger las pertenencias de los pacientes contra robo o pérdida.

Intención de PFR.1.3

La organización comunica su responsabilidad, si la tuviera, con respecto a los pacientes, sus pertenencias y sus familias. Si la organización se hace responsable de la totalidad o de parte de las pertenencias personales que el paciente trae a la organización, existe un proceso de inventariado de pertenencias que garantiza que no van a ser robadas ni extraviadas. Este proceso contempla las pertenencias de los pacientes de urgencias, de los pacientes de cirugía ambulatoria, de los pacientes ingresados, los que no pueden hacer arreglos alternativos para dejar sus pertenencias en lugares seguros y de los que no pueden tomar decisiones respecto a sus pertenencias.

Elementos medibles de PFR.1.3

- 1. La organización determina su nivel de responsabilidad respecto a las pertenencias de los pacientes.
 - 2. Los pacientes reciben información sobre la responsabilidad de la organización en la protección de sus pertenencias.
 - 3. Las pertenencias del paciente se protegen cuando la organización asume la responsabilidad o cuando el paciente es incapaz de asumirla.
-

Estándar PFR.1.4

Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.

Intención de PFR.1.4

La organización es responsable de proteger a los pacientes contra agresiones físicas por parte de visitas, de otros pacientes y del personal. Esta responsabilidad es especialmente importante en el caso de bebés y niños, ancianos y demás personas que no tengan la posibilidad de protegerse a sí mismas o que no puedan pedir ayuda. La organización evita las agresiones a través de procesos como la investigación de las personas que se encuentren dentro de la organización sin identificar, el control de las áreas que remotas o aisladas de la instalación y procura responder rápidamente ante quienes se crea que corran peligro de sufrir una agresión.

Elementos medibles de PFR.1.4

- 1. La organización cuenta con un proceso para proteger a los pacientes contra agresiones.
 - 2. El proceso se ocupa de bebés, niños, ancianos y personas incapaces de defenderse a sí mismas.
 - 3. Se investiga a las personas sin identificación.
 - 4. Se controlan las áreas remotas o aisladas de la instalación.
-

Estándar PFR.1.5

Los niños, personas discapacitadas, ancianos y demás población vulnerable reciben la protección adecuada.

Intención de PFR.1.5

Cada organización identifica sus grupos de pacientes vulnerables y en riesgo, e implementa procesos para proteger sus derechos. Es posible que se identifiquen en las leyes o reglamentaciones los grupos de pacientes vulnerables y la responsabilidad de la organización. Los miembros del personal comprenden sus responsabilidades en estos procesos. Como mínimo, están protegidos los niños, las personas discapacitadas, los ancianos y demás población vulnerable identificada. También se incluyen a los pacientes en coma y las personas con trastornos mentales o emocionales, cuando se encuentren en la organización. Dicha protección va más allá de la agresión física, abarcando otras áreas de seguridad como la protección contra el abuso, la atención negligente, la negación de servicios, o la atención en caso de incendio.

Elementos medibles de PFR.1.5

- 1. La organización identifica sus colectivos de pacientes vulnerables. (*Véanse también COP.3.1 hasta COP.3.9*)
 - 2. Los niños, las personas discapacitadas, los ancianos y demás personas identificadas por la organización están protegidos. (*Véase también COP.3.8*)
 - 3. Los miembros del personal comprenden sus responsabilidades en el proceso de protección.
-

Estándar PFR.1.6

La información del paciente es confidencial.

Intención de PFR.1.6

La información médica y demás información sanitaria recogida y documentada es importante para comprender al paciente y sus necesidades y para la prestación continuada de atención y servicios. Esta información puede estar impresa, en formato electrónico, o ambos. La organización respeta esta información confidencial y ha implementado políticas y procedimientos que protegen dicha información contra pérdida o

uso indebido. Las políticas y procedimientos reflejan información que se divulga según lo requieran las leyes y reglamentaciones.

El personal respeta la confidencialidad del paciente, no difundiendo información confidencial en la puerta de la habitación del paciente ni en el control de enfermería y evitando hacer comentarios relacionados con el paciente en lugares públicos. El personal conoce las leyes y reglamentaciones que rigen la confidencialidad de la información y explica al paciente los sistemas de la organización para respetar la confidencialidad de la información. También se informa a los pacientes sobre cuándo y bajo qué circunstancias se divulgará la información y el sistema para obtener su consentimiento.

La organización cuenta con una política que establece si los pacientes tienen acceso a su información sanitaria y, cuando está permitido, el proceso para acceder. (*Véanse también* MCI.10, EM 4 y MCI.16, intención del estándar).

Elementos medibles de PFR.1.6

- 1. Se informa a los pacientes sobre el sistema de garantizar la confidencialidad de su información y sobre las leyes y reglamentaciones que requieren la divulgación y/o la confidencialidad de la información del paciente.
 - 2. Se solicita el consentimiento del paciente para transmitir información no cubierta por las leyes y reglamentaciones.
 - 3. La organización respeta como confidencial la información sanitaria del paciente.
-

Estándar PFR.2

La organización apoya los derechos de los pacientes y de sus familias a participar en el proceso de atención.

Intención de PFR.2

Los pacientes y las familias participan en el proceso de atención tomando decisiones sobre la atención, haciendo preguntas sobre la misma e incluso rechazando procedimientos de diagnóstico y tratamientos. La organización apoya y promueve la participación del paciente y su familia en todos los aspectos de la atención, mediante la elaboración y la implementación de políticas y procedimientos. Las políticas y los procedimientos apoyan el derecho del paciente a solicitar una segunda opinión sin miedo a comprometer la atención que recibe dentro o fuera de la organización. Se educa a todo el personal sobre las políticas y procedimientos y sobre su función de apoyo a los derechos de los pacientes y sus familias a participar en su proceso de atención.

Elementos medibles de PFR.2

- 1. Se elaboran políticas y procedimientos para apoyar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención. (*Véanse también* ACC.3.5, EM 1, COP.7.2, EM 5; PFE.2, EM 5; PFE.5, EM 2; ACC.2, EM 4 y ACC.3, EM 3)
 - 2. Las políticas y procedimientos respaldan el derecho del paciente a solicitar una segunda opinión sin miedo a comprometer la atención que recibe dentro o fuera de la organización.
 - 3. Se educa al personal sobre las políticas y procedimientos y sobre su función de apoyo a los derechos de los pacientes y sus familias a participar en su proceso de atención.
-

Estándar PFR.2.1

La organización informa a los pacientes y a las familias con un método y un lenguaje que puedan entender sobre el proceso de información del estado médico y todo diagnóstico confirmado, cómo les comunicarán la atención y el tratamiento planificados y cómo pueden participar en las decisiones sobre la atención, en la medida que lo deseen.

Intención de PFR.2.1

A fin de que los pacientes y las familias participen en las decisiones de atención, necesitan información básica sobre el estado médico descubierto durante la evaluación, incluido todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado y sobre la atención y el tratamiento propuestos. Los pacientes y las familias entienden cuándo se les revelará esta información y quién es responsable de comunicarla. Los pacientes y las familias entienden el tipo de decisiones que deben tomarse acerca de la atención y cómo participar en dichas

decisiones. Además, los pacientes y las familias necesitan comprender el proceso de la organización para obtener el consentimiento y qué procesos de atención, análisis, procedimientos y tratamientos requieren su consentimiento.

Si bien algunos pacientes quizá no deseen enterarse personalmente de un diagnóstico confirmado ni participar en las decisiones respecto a su atención, se les facilita la posibilidad y pueden optar por participar a través de un familiar, un amigo o un tercero responsable de la toma de decisiones. (Véanse también PFE.5, ME 3).

Elementos medibles de PFR.2.1

- 1. Los pacientes y las familias entienden cómo y cuándo les informarán sobre el estado médico y todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado. (Véanse también AOP.4.1, EM 2 y PFE.2, EM 6)
 - 2. Los pacientes y las familias entienden cómo y cuándo se les informará de la atención y el o los tratamientos planeados. (Véanse también AOP.4.1, EM 3 y ACC.2, EM 4)
 - 3. Los pacientes y las familias comprenden cuándo se les solicitará un consentimiento y el proceso que se emplea para otorgar el consentimiento. (Véanse también PFE.2, EM 4)
 - 4. Los pacientes y las familias entienden su derecho a participar en las decisiones de atención en la medida que lo deseen. (Véanse también PFR.2, EM 1; AOP.4.1, EM 3; COP.7.2, EM 5; ACC.3, EM 4 y PFE.2, EM 7)
-

Estándar PFR.2.1.1

La organización informa a los pacientes y a las familias sobre cómo les comunicarán los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos y quién les hablará al respecto.

Intención de PFR.2.1.1

Durante el proceso de atención, los pacientes y sus familias, cuando fuera adecuado, tienen derecho a que les digan los resultados de la atención y el tratamiento planificados. También es importante que les informen acerca de todo resultado inesperado de la atención y del tratamiento, como por ejemplo acontecimientos imprevistos durante una cirugía, con medicamentos recetados u otros tratamientos. El paciente debe tener claro cómo y quién le hablará sobre los resultados esperados y los imprevistos.

Elementos medibles de PFR.2.1.1

- 1. Los pacientes y las familias entienden cómo y quién les hablará de los resultados de la atención y del tratamiento. (Véanse también COP.2.4, EM 1).
 - 2. Los pacientes y las familias entienden cómo y quién les hablará de cualquier resultado imprevisto de la atención y del tratamiento. (Véanse también COP.2.4, EM 2).
-

Estándar PFR.2.2

La organización informa a los pacientes y a las familias sobre sus derechos y responsabilidades relacionados con el rechazo o la interrupción del tratamiento.

Intención de PFR.2.2

Los pacientes, o quienes tomen las decisiones en su nombre, quizá decidan no proceder con la atención o tratamiento planificados, o no continuar la atención o el tratamiento una vez que hayan sido iniciados. La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su derecho a tomar estas decisiones, los resultados potenciales de las mismas y sus responsabilidades relacionadas con tales decisiones. Se informa a los pacientes y a las familias sobre todas las alternativas de atención y tratamiento. (Véanse también ACC.3.5, EM 1)

Elementos medibles de PFR.2.2

- 1. La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su derecho a rechazar o interrumpir su tratamiento. (Véanse también ACC.3.5, EM 2)
- 2. La organización informa a los pacientes sobre las consecuencias de sus decisiones. (Véanse también ACC.3.5, EM2).

- 3. La organización informa a los pacientes y a las familias sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.
 - 4. La organización informa a los pacientes y a las familias sobre la atención disponible y las alternativas de tratamiento.
-

Estándar PFR.2.3.

La organización respeta los deseos y preferencias del paciente de renunciar a los servicios de resucitación y a renunciar o retirar los servicios de mantenimiento vital.

Intención de PFR.2.3

Las decisiones sobre omitir los servicios de resucitación o sobre renunciar a un tratamiento de soporte vital o retirarlo se encuentran entre las más difíciles a las que se enfrentan los pacientes, las familias, los profesionales sanitarios y las organizaciones. Ningún proceso individual puede prever todas las situaciones en las cuales deberán tomarse esas decisiones. Por este motivo, es importante que la organización elabore un marco para la toma de estas difíciles decisiones.

El marco

- ayuda a la organización a identificar su posición sobre estos temas;
 - asegura que la posición de la organización se ajuste a los estándares religiosos y culturales de su comunidad y a todo requisito legal o reglamentario, en particular cuando los requisitos legales para la resucitación no coinciden con los deseos del paciente;
 - se ocupa de situaciones en las que estas decisiones son modificadas durante la atención;
- y
- guía a los profesionales sanitarios a través de los problemas éticos y legales para llevar adelante tales deseos de un paciente.

A fin de garantizar que el proceso de toma de decisiones relacionado con el cumplimiento de los deseos del paciente se aplique sistemáticamente, la organización elabora políticas y procedimientos mediante un proceso que incluye a muchos profesionales y puntos de vista. Las políticas y procedimientos identifican cadenas de responsabilidades y cómo se documenta el proceso en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de PFR.2.3

- 1. La organización identifica su posición respecto a la renuncia a los servicios de resucitación y sobre la renuncia o retirada de los tratamientos de soporte vital.
 - 2. La posición de la organización se ajusta a las normas religiosas y culturales de su comunidad y a todo requisito legal o reglamentario.
 - 3. La organización guía a los profesionales sanitarios en aspectos éticos y legales a tener en cuenta para llevar a cabo las decisiones de los pacientes.
 - 4. Las decisiones de los pacientes o su familia respecto a los servicios de resucitación se documentan en la historia clínica.
 - 5. Las políticas y procedimientos apoyan la estandarización de la práctica.
-

Estándar PFR.2.4

La organización respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y gestión del dolor adecuados.

Intención de PFR.2.4

El dolor es una parte habitual de la experiencia del paciente y el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. La respuesta de un paciente al dolor con frecuencia se encuentra dentro del contexto de las normas sociales y las tradiciones culturales y religiosas. Por consiguiente, se alienta y apoya a los pacientes para que manifiesten su dolor. Los procesos de atención de la organización reconocen y reflejan el derecho de todos los pacientes a una evaluación y una gestión adecuada del dolor. (*Véase también COP.6*)

Elementos medibles de PFR.2.4

- 1. La organización respeta y respalda el derecho del paciente a obtener la evaluación y la gestión del dolor adecuados. (*Véase también COP.7.2, EM 1*)
 - 2. El personal de la organización comprende las influencias personales, culturales y sociales sobre el derecho del paciente a manifestar el dolor y evalúa y maneja el dolor con precisión.
-

Estándar PFR.2.5

La organización respalda el derecho del paciente a recibir una atención respetuosa y compasiva hacia el final de su vida.

Intención de PFR.2.5

Los pacientes terminales tienen una necesidad única de recibir atención respetuosa y compasiva. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente guía todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de la vida. Para lograr esto, todos los miembros del personal toman conciencia de las necesidades únicas de los pacientes al final de la vida. Estas necesidades incluyen el tratamiento de los síntomas primarios y secundarios, la gestión del dolor (*véase también COP.6*), la respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y de la familia (*véanse también PFR.1.1 y PFR.1.1.1*) y la participación en las decisiones de atención (*véase también COP.7*).

Elementos medibles de PFR.2.5

- 1. La organización reconoce que los pacientes terminales tienen necesidades únicas.
 - 2. El personal de la organización respeta el derecho de los pacientes terminales a que dichas necesidades únicas sean atendidas durante el proceso de atención.
-

Estándar PFR.3

La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su proceso para recibir y tomar medidas respecto a quejas, conflictos y diferencias de opinión sobre la atención del paciente y sobre el derecho del paciente a participar en estos procesos.

Intención de PFR.3

Los pacientes tienen derecho a manifestar sus quejas sobre la atención, a que dichas quejas se revisen y a que, de ser posible, se resuelvan. Además, las decisiones respecto a la atención a veces presentan preguntas, conflictos u otros dilemas para la organización y para el paciente, la familia o para otros terceros que tomen decisiones. Estos dilemas pueden surgir de cuestiones de acceso, tratamiento o alta. Pueden ser particularmente difíciles de resolver cuando las cuestiones tienen que ver con, por ejemplo, omitir los servicios de resucitación o con renunciar a un tratamiento de prolongación de la vida o retirarlo.

La organización ha establecido procesos para procurar la resolución de dichos dilemas y quejas. La organización identifica, en políticas y procedimientos, a quienes deben estar involucrados en los procesos y el modo en que el paciente y la familia participan.

Elementos medibles de PFR.3

- 1. Los pacientes son informados del proceso para manifestar una queja, conflicto o diferencias de opinión y del proceso para hacerlo.
- 2. Las quejas, conflictos y diferencias de opinión se investigan por parte de la organización.
- 3. Las quejas, conflictos y diferencias de opinión que surgen durante el proceso de atención se resuelven.
- 4. Los pacientes y, cuando corresponda, sus familias, participan en el proceso de resolución.
- 5. Las políticas y procedimientos apoyan una práctica sistematizada.

Estándar PFR.4

Los miembros del personal reciben educación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias del paciente y en la protección de los derechos del paciente.

Intención de PFR.4

La organización educa a todo el personal sobre los derechos del paciente y de la familia. La educación reconoce que los miembros del personal pueden tener valores y creencias que difieran de las de los pacientes a los que atienden. La educación incluye el modo en que cada miembro del personal participa en la identificación de los valores y las creencias del paciente y cómo respetar esos valores y creencias en el proceso de atención.

Elementos medibles de PFR.4

- 1. Los miembros del personal comprenden su rol en la identificación de los valores y creencias de un paciente y su familia y el modo en que tales valores y creencias pueden respetarse en el proceso de atención.
- 2. Los miembros del personal comprenden su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.

Estándar PFR.5

Todos los pacientes son informados sobre sus derechos y deberes en un formato y con un lenguaje que puedan comprender.

Intención de PFR.5

La admisión como paciente interno o la inscripción como paciente externo en una organización sanitaria puede ser aterradora y confusa para los pacientes, haciendo que les resulte difícil entender y actuar acorde a sus derechos y comprender sus responsabilidades en el proceso de atención. Por consiguiente, la organización prepara una declaración por escrito de los derechos y deberes del paciente y la familia, que se entrega a los pacientes en el momento de su admisión para hospitalización o de su inscripción como paciente externo en la organización y que estará disponible en cada consulta o durante toda su estadía. Por ejemplo, la declaración puede estar publicada en la instalación.

La declaración será adecuada para la edad, el nivel de comprensión y el idioma del paciente. Cuando la comunicación por escrito no resulta efectiva o adecuada, el paciente y la familia son informados acerca de sus derechos y deberes en un formato y con un lenguaje que puedan comprender. (*Véanse también MCI.3, EM 1 y 2*)

Elementos medibles de PFR.5

- 1. Se entrega información a cada paciente sobre sus derechos y responsabilidades.
- 2. La definición de derechos y deberes está expuesta en la organización o accesible continuamente de otra forma para los profesionales.
- 3. La organización cuenta con un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos y deberes cuando la comunicación escrita no resulta efectiva o adecuada.

Consentimiento informado

Estándar PFR.6

El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido por la organización, que lleva a cabo el personal capacitado en un lenguaje que el paciente pueda entender.

Intención de PFR.6

Una de las principales formas en las que los pacientes se involucran en sus decisiones de atención es otorgando un consentimiento informado. A fin de consentir, un paciente debe ser informado de aquellos factores relacionados con la atención planificada necesaria para tomar una decisión informada. El consentimiento informado puede obtenerse en varios momentos del proceso de atención. Por ejemplo, el consentimiento informado puede obtenerse cuando el paciente es admitido para ser atendido durante un ingreso en la organización y antes de la realización de determinados procedimientos o tratamientos que conlleven un alto riesgo. El proceso de consentimiento está claramente definido por la organización en sus políticas y procedimientos. Las leyes y reglamentaciones pertinentes se incorporan a las políticas y procedimientos.

Se informa a los pacientes y a las familias sobre los análisis, procedimientos y tratamientos que requieren un consentimiento y cómo pueden dar su consentimiento (por ejemplo, puede otorgarse verbalmente, firmando un formulario de consentimiento o mediante algún otro medio). Los pacientes y las familias entienden quiénes, además del paciente, pueden otorgar el consentimiento. Se capacita a determinados miembros del personal para que informen a los pacientes y obtengan y documenten el consentimiento de los mismos.

Elementos medibles de PFR.6

- 1. La organización cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos.
 - 2. Se capacita al personal designado a fin de implementar las políticas y los procedimientos.
 - 3. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme a las políticas y procedimientos.
-

Estándar PFR.6.1

Los pacientes y las familias reciben información adecuada acerca de la enfermedad, el o los tratamientos propuestos y los profesionales sanitarios, para que puedan tomar decisiones sobre la atención.

Intención de PFR.6.1

Los miembros del personal explican claramente todo tratamiento o procedimiento propuestos al paciente y a la familia, cuando correspondiera. La información proporcionada incluye

- a) el estado del paciente,
- b) el o los tratamientos propuestos,
- c) el nombre del profesional que proporciona el tratamiento
- d) los beneficios e inconvenientes potenciales,
- e) las posibles alternativas,
- f) las probabilidades de éxito,
- g) los posibles problemas relacionados con la recuperación
- y
- h) los posibles resultados de no obtener tratamiento.

Los miembros del personal también informan al paciente el nombre del médico u otro facultativo que tengan la responsabilidad principal de la atención del paciente o que estén autorizados a llevar a cabo procedimientos o tratamientos. Frecuentemente los pacientes tienen preguntas sobre la experiencia del médico responsable de su atención, el tiempo que lleva trabajando en la organización, etc. La organización debe tener un proceso para dar respuesta cuando los pacientes solicitan información adicional sobre el médico responsable de su atención.

Elementos medibles de PFR.6.1

- 1. Se informa a los pacientes sobre los elementos desde a) a h) de la intención del estándar, según sea apropiado a su situación clínica.
- 2. Los pacientes conocen la identidad del médico u otro facultativo responsables de su atención. (*Véanse también ACC.2.1, EM 1*)
- 3. La organización tiene un proceso para dar respuesta cuando los pacientes solicitan información adicional sobre el médico responsable de su atención.

Estándar PFR.6.2

La organización establece un proceso, dentro del contexto de la ley y la cultura existentes, para cuando otros puedan otorgar el consentimiento.

Intención de PFR.6.2

El consentimiento informado para obtener atención a veces requiere la participación de un tercero, en vez de la del paciente (o además de ella) en decisiones acerca de la atención del paciente. Esto es particularmente cierto cuando el paciente carece de la capacidad mental o física para tomar decisiones, cuando la cultura o la costumbre requieren que otras personas tomen decisiones sobre la atención o cuando el paciente es un menor. Cuando el paciente no puede tomar decisiones acerca de su atención, se identifica a un tercero responsable de la toma de decisiones. Cuando el consentimiento es otorgado por un tercero, el mismo figura anotado en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de PFR.6.2

- 1. La organización cuenta con un proceso para casos en que terceros pueden otorgar consentimientos informados.
 - 2. El proceso respeta la ley, la cultura y la costumbre.
 - 3. Las personas que otorgan consentimiento, además del paciente, se anotan en la historia clínica del paciente.
-

Estándar PFR.6.3

El consentimiento general para el tratamiento, si se obtuviera cuando un paciente es admitido como paciente de hospitalización o se inscribe por primera vez como paciente externo, es claro en cuanto a su alcance y sus límites.

Intención de PFR.6.3

Muchas organizaciones obtienen un consentimiento general (en vez de confiar en un consentimiento implícito) para el tratamiento en el momento en que el paciente es admitido a la organización para ser ingresado o cuando el paciente se inscribe por primera vez como paciente externo. Cuando se obtiene un consentimiento general, los pacientes obtienen información respecto al alcance del consentimiento general, como por ejemplo qué análisis y tratamientos están incluidos bajo el consentimiento general. Los pacientes también obtienen información sobre los análisis y tratamientos para los cuales se obtendrá un consentimiento informado aparte. El consentimiento general menciona si es probable o no que participen estudiantes o practicantes en los procesos de atención. La organización define cómo se documenta un consentimiento general en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de PFR.6.3

- 1. Se informa a los pacientes y a las familias en cuanto al alcance de un consentimiento general, cuando la organización lo utiliza.
 - 2. La organización ha definido cómo, en caso de usarse, se documenta un consentimiento general en la historia clínica del paciente.
-

Estándar PFR.6.4

Se obtiene un consentimiento informado antes de una cirugía, una anestesia, del uso de sangre y hemoderivados y demás tratamientos y procedimientos de alto riesgo.

Intención de PFR.6.4

Cuando la atención planificada incluye procedimientos quirúrgicos o invasivos, anestesia (incluida sedación moderada y profunda), uso de sangre y hemoderivados u otros tratamientos o procedimientos de alto riesgo, se obtiene un consentimiento aparte. Este proceso de consentimiento proporciona la información identificada en PFR.6.1 y documenta la identidad de la persona que proporciona la información.

Elementos medibles de PFR.6.4

- 1. Se obtiene el consentimiento antes de realizar procedimientos quirúrgicos o invasivos. (Véanse también ASC.7.1, Intención)
 - 2. Se obtiene el consentimiento antes de una anestesia (incluidas sedación moderada y profunda). (Véanse también ASC.5.1, Intención y EM 1)
 - 3. Se obtiene el consentimiento antes de usar sangre y hemoderivados.
 - 4. Se obtiene el consentimiento antes de otros procedimientos y tratamientos de alto riesgo.
 - 5. La identidad de la persona que informa al paciente y a la familia se anota en la historia clínica del paciente. (Véanse también PFR.8, EM 2)
 - 6. El consentimiento se documenta en la historia clínica del paciente mediante firma o registro del consentimiento verbal. (Véanse también PFR.8, EM 2)
-

Estándar PFR.6.4.1

La organización enumera las categorías o tipos de tratamiento y procedimientos que requieren un consentimiento informado específico.

Intención de PFR.6.4.1

No todos los tratamientos y procedimientos requieren un consentimiento específico e independiente. Cada organización identifica aquellos procedimientos de alto riesgo o con tendencia a generar problemas, u otros procedimientos y tratamientos para los que deberá obtenerse un consentimiento. La organización enumera estos procedimientos y tratamientos y educa al personal a fin de asegurarse de que el proceso de obtención de consentimientos sea coherente. La lista se elabora en colaboración entre los médicos y demás profesionales que llevan a cabo los tratamientos o realizan los procedimientos. Dicha lista incluye procedimientos y tratamientos prestados tanto a pacientes ambulatorios como a pacientes ingresados.

Elementos medibles de PFR.6.4.1

- 1. La organización elaboró la enumeración los procedimientos y tratamientos que requieren un consentimiento aparte.
 - 2. La lista se elabora en colaboración entre los médicos y demás profesionales que llevan a cabo los tratamientos y realizan los procedimientos.
-

Investigación

Estándar PFR.7

La organización informa a los pacientes y a las familias sobre cómo acceder a estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos.

Intención de PFR.7

Una organización que lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos informa a los pacientes y a las familias respecto a cómo obtener acceso a dichas actividades, cuando fuera relevante, para las necesidades de tratamiento del paciente. Cuando se solicita la participación del paciente, será preciso proporcionarle información en la que basar su decisión. Dicha información incluye:

- beneficios esperados,
- molestias y riesgos potenciales,
- alternativas que quizá también sean de ayuda, y
- procedimientos que deben seguirse.

Se informa a los pacientes que pueden negarse a participar o abandonar la participación y que su negativa o abandono no comprometerán su acceso a los servicios de la organización.

La organización cuenta con políticas y procedimientos para proporcionar esta información a los pacientes y a las familias.

Elementos medibles de PFR.7

- 1. Se identifican los pacientes y las familias adecuados y se les informa sobre cómo obtener acceso a los estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento.
 - 2. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los beneficios esperados.
 - 3. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre posibles molestias y riesgos.
 - 4. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre alternativas que también pueden serles de ayuda.
 - 5. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los procedimientos que deben seguirse.
 - 6. Se asegura a los pacientes que, de rechazar o dejar de participar, su acceso a los servicios de la organización no se verá comprometido.
 - 7. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de información y decisión.
-

Estándar PFR.7.1

La organización informa a los pacientes y a las familias sobre el modo en que se protege a los pacientes que optan por participar en estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos.

Intención de PFR.7.1

Una organización que lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos con participación de sujetos humanos sabe que su primera responsabilidad es la salud y el bienestar del paciente.

La organización informa a los pacientes y a las familias, por anticipado, sobre los procesos establecidos para:

- revisar protocolos de investigación;
- sopesar los riesgos y beneficios relativos para los sujetos;
- obtener el consentimiento del sujeto;
- y
- abandonar la participación.

Esta información se comunica a los pacientes y a las familias a fin de ayudar con las decisiones acerca de la participación.

Elementos medibles de PFR.7.1

- 1. Se informa a los pacientes y a las familias acerca del proceso de la organización para revisar protocolos de investigación.
 - 2. Se informa a los pacientes y a las familias acerca del proceso de la organización para sopesar los beneficios y riesgos para los sujetos.
 - 3. Se informa a los pacientes y a las familias acerca del proceso de la organización para la obtención del consentimiento.
 - 4. Se informa a los pacientes y a las familias acerca del proceso de la organización para dejar de participar.
-

Estándar PFR.8

Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en estudios, investigaciones y ensayos clínicos.

Intención de PFR.8

Cuando los pacientes y las familias deciden participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, se otorga un consentimiento informado. La información recibida en el momento en que se toma la decisión de participar sirve de base para el consentimiento informado (*véase también* la declaración de intención de PFR.6). La o las personas que facilitan la información y obtienen el consentimiento se anotan en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de PFR.8

- 1. Cuando un paciente decide participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos, se obtiene un consentimiento informado.
 - 2. Las decisiones consentidas se documentan, fechan y basan en la información identificada en PFR.6.4, EM 5 y 6.
 - 3. La identidad de la o las personas que facilitan la información y obtienen el consentimiento se anota en la historia clínica del paciente.
 - 4. El consentimiento se documenta en la historia clínica del paciente mediante firma o consentimiento verbal.
-

Estándar PFR.9

La organización cuenta con un comité u otras formas de supervisar toda investigación en la organización en la que participen sujetos humanos.

Intención de PFR.9

Cuando la organización lleva a cabo estudios, investigaciones o ensayos clínicos que involucran a seres humanos, se instaure un comité u otro mecanismo para la supervisión de todas las actividades al respecto dentro de la organización. La organización establece una declaración de propósito para las actividades supervisadas. Las actividades supervisadas incluyen el proceso de revisión de todos los protocolos de investigación, un proceso para sopesar los riesgos y beneficios relativos para los sujetos y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación.

Elementos medibles de PFR.9

- 1. La organización cuenta con un comité u otro mecanismo para supervisar todas las investigaciones dentro de la organización.
 - 2. La organización establece una clara declaración de propósito para las actividades supervisadas.
 - 3. Las actividades supervisadas incluyen un proceso de revisión.
 - 4. Las actividades supervisadas incluyen un proceso para sopesar riesgos y beneficios relativos para los sujetos que participan.
 - 5. Las actividades supervisadas incluyen procesos para proporcionar confidencialidad y seguridad a la información de la investigación.
-

Donación de órganos

Estándar PFR.10

La organización informa a los pacientes y a las familias sobre cómo decidir la donación de órganos y otros tejidos.

Intención de PFR.10

La organización apoya la decisión de los pacientes y las familias de donar órganos y otros tejidos para investigación o trasplante. Se ofrece información sobre el proceso de donación y, si la organización es sede de una agencia o red de obtención de órganos comunitaria, regional o nacional.

Elementos medibles de PFR.10

- 1. La organización apoya las decisiones del paciente y de la familia sobre la donación de órganos y otros tejidos.
 - 2. La organización ofrece información para respaldar la decisión.
-

Estándar PFR.11

La organización supervisa la extracción y el trasplante de órganos y tejidos.

Intención de PFR.11

Las políticas deben estar de acuerdo con las leyes y reglamentaciones y respetar los valores religiosos y culturales de la comunidad. El personal de la organización se capacita para la implementación de las políticas y procedimientos para apoyar las decisiones del paciente y de la familia. El personal también recibe capacitación sobre las inquietudes y problemas contemporáneos relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes, por ejemplo información sobre la escasez de órganos y tejidos, la compra y venta de órganos en el mercado negro o la extracción de órganos sin consentimiento a prisioneros ejecutados o pacientes fallecidos. La organización coopera con otras organizaciones y agencias de la comunidad responsables del total o parte del proceso de obtención, almacenamiento en banco, transporte o trasplante de órganos.

*En algunos países la ley determina que todo el mundo es donante a menos que se especifique lo contrario.

Elementos medibles de PFR.11

- 1. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de obtención y donación.
- 2. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de trasplante.
- 3. El personal está capacitado en las políticas y procedimientos.
- 4. El personal está capacitado en lo que refiere a los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.
- 5. La organización recoge el consentimiento informado de donantes vivos.
- 6. La organización coopera con las agencias y organizaciones relevantes de la comunidad a fin de respetar e implementar la decisión de donar.



Evaluación de pacientes (AOP)

Perspectiva general

Un proceso efectivo de evaluación del paciente da como resultado decisiones sobre las necesidades inmediatas y continuas de tratamiento del paciente de atención de emergencia, optativa o planificada, incluso cuando el estado del paciente cambia. La evaluación del paciente es un proceso constante y dinámico que tiene lugar en muchos entornos de atención interna y externa y departamentos y clínicas. La evaluación del paciente consta de tres procesos primarios:

- Reunión de información y datos sobre el estado físico, psicológico y social del paciente y su historia de salud.
- Análisis de datos e información, incluidos los resultados de los análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico por imagen, para identificar las necesidades de atención sanitaria del paciente.
- Elaboración de un plan de atención para cubrir las necesidades identificadas del paciente.

La evaluación del paciente es adecuada cuando tiene en cuenta el estado, la edad, las necesidades de salud y las solicitudes o preferencias del paciente. Estos procesos se llevan a cabo con más eficacia cuando los varios profesionales sanitarios responsables del paciente trabajan juntos.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estas estándares, *Véase también* la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

AOP.1 Las necesidades de atención sanitaria de todos los pacientes atendidos por la organización se identifican a través de un proceso de evaluación establecido.

AOP.1.1 La organización ha determinado el contenido de las evaluaciones, basándose en las leyes y reglamentaciones correspondientes y en los estándares profesionales.

AOP.1.2 La o las evaluaciones iniciales de cada paciente incluyen una evaluación de los factores físicos, psicológicos, sociales y económicos, incluido un examen físico y una historia de salud.

AOP.1.3 Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican a partir de las evaluaciones iniciales y se registran en la historia clínica.

AOP.1.3.1 La evaluación médica y de enfermería inicial de los pacientes de emergencia se basa en sus necesidades y estados.

AOP.1.4 Las evaluaciones se completan en el marco de tiempo establecido por la organización.

AOP.1.4.1 Las evaluaciones médicas y de enfermería iniciales se completan dentro de las primeras 24 horas posteriores a la admisión del paciente para hospitalización o antes, según lo indique el estado del paciente o la política del hospital.

- AOP.1.5 Los hallazgos de la evaluación se documentan en la historia clínica del paciente y están a inmediata disposición de los responsables de la atención del paciente.
 - AOP.1.5.1 La evaluación médica inicial se documenta antes del tratamiento con anestesia o quirúrgico.
- AOP.1.6 Se estudian el estado nutricional y las necesidades funcionales de los pacientes y se los deriva para una evaluación más profunda y para tratamiento cuando sea necesario.
- AOP.1.7 Todos los pacientes ingresados y en consulta externa son sometidos a un cribado del dolor y son evaluados cuando hay dolor presente.
- AOP.1.8 La organización realiza evaluaciones iniciales individuales en el caso de poblaciones especiales atendidas por la organización.
- AOP.1.9 Los pacientes terminales y sus familias son evaluados y reevaluados de acuerdo a sus necesidades individuales.
- AOP.1.10 La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales.
- AOP.1.11 La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de planificación del alta.
- AOP.2 Se reevalúa a todos los pacientes, a intervalos adaptados a su situación, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.
- AOP.3 Las evaluaciones y reevaluaciones las realizan personas calificadas.
- AOP.4 Los médicos, los enfermeros y demás personas y servicios responsables de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.
 - AOP.4.1 Se identifican las necesidades de atención más urgentes o importantes.

Servicios de laboratorio

- AOP.5 Los servicios de laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.
 - AOP.5.1 Hay un programa de seguridad de laboratorio implementado que se sigue y se documenta.
 - AOP.5.2 La administración de los análisis y la interpretación de los resultados están a cargo de personas con las calificaciones adecuadas.
 - AOP.5.3 Los resultados de los análisis de laboratorio están disponibles en forma oportuna, tal como lo define la organización.
 - AOP.5.3.1 Hay un proceso para informar de los resultados críticos de pruebas diagnósticas.

- AOP.5.4 Todo el equipo usado para análisis de laboratorio se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se llevan los debidos registros de estas actividades.
- AOP.5.5 Se dispone de reactivos esenciales y demás suministros y se evalúan para garantizar la precisión y exactitud de los resultados.
- AOP.5.6 Se siguen procedimientos para recoger, identificar, manipular, transportar de forma segura y desechar las muestras.
- AOP.5.7 Para interpretar e informar los resultados del laboratorio clínico se utilizan estándares y rangos establecidos.
- AOP.5.8 Hay una o más personas calificadas responsables de administrar el servicio de laboratorio clínico o el servicio de patología.
- AOP.5.9 Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.
 - AOP.5.9.1 Existe un proceso para el análisis de competencia.
- AOP.5.10 La organización revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todas las fuentes externas de servicios de laboratorio.
- AOP.5.11 La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

Servicios de radiología y de diagnóstico por imagen

- AOP.6 Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.
 - AOP.6.1 Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen son proporcionados por la organización, o están fácilmente disponibles mediante convenios con fuentes externas.
 - AOP.6.2 Hay un programa de seguridad radiológica implementado, que se sigue y se documenta.
 - AOP.6.3 La realización de los estudios de diagnóstico por imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personas con las cualificaciones adecuadas.
 - AOP.6.4 Los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen están disponibles en forma oportuna, tal como lo define la organización.
 - AOP.6.5 Todo el equipo usado para estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se llevan los debidos registros de estas actividades.
 - AOP.6.6 Hay películas para radiografías y demás suministros disponibles.
 - AOP.6.7 Habrá una o más personas calificadas responsables de gestionar los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

- AOP.6.8 Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.
- AOP.6.9 La organización revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todas las fuentes externas de servicios de diagnóstico.
- AOP.6.10 La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Estándar AOP.1

Las necesidades de atención sanitaria de todos los pacientes atendidos por la organización se identifican a través de un proceso de evaluación establecido.

Intención de AOP.1

Cuando un paciente ingresa en una organización para ser atendido o comienza tratamiento ambulatorio (ACC.1), se debe realizar una evaluación completa relacionada con los motivos por los que el paciente solicita la atención. La información específica que la organización requiere en esta etapa y los procedimientos para obtenerla dependen de la necesidad del paciente y del entorno en el cual se está proporcionando la atención, por ejemplo, atención para pacientes internos o externos. Las políticas y procedimientos de la organización definen el modo en que funciona este proceso y qué información debe reunirse y documentarse.

Elementos medibles de AOP.1

- 1. La política y el procedimiento de la organización definen la información de evaluación a ser obtenida en el caso de los pacientes internos.
 - 2. La política y el procedimiento de la organización definen la información de evaluación a ser obtenida en el caso de los pacientes externos.
 - 3. La política de la organización identifica la información que se documentará para las evaluaciones.
-

Estándar AOP.1.1

La organización ha determinado el contenido de las evaluaciones, basándose en las leyes y reglamentaciones correspondientes y en los estándares profesionales.

Intención de AOP.1.1

A fin de evaluar en forma coherente las necesidades de los pacientes, la organización define, en sus políticas, el alcance y el contenido de las evaluaciones que realizarán los médicos, los enfermeros y demás disciplinas clínicas. Cada disciplina profesional realiza la evaluación dentro de su ámbito de competencia, licencia, normas y legislación aplicable y certificación. Sólo realizan evaluaciones los profesionales que están cualificados para ello. Toda forma de evaluación empleada para las evaluaciones refleja esta política. La organización define las actividades de evaluación tanto en entornos de hospitalización como de pacientes externos a los que se presta atención. La organización define esos elementos comunes a todas las evaluaciones y define toda diferencia, cuando está permitido, en el alcance de las evaluaciones de servicios médicos generales y especializados. La evaluación definida en la política puede ser completada por más de una persona cualificada y en distintos puntos en el tiempo. Todo el contenido debe estar disponible en el momento de iniciar el tratamiento.

Elementos medibles de AOP.1.1

- 1. El contenido mínimo de las evaluaciones se define para cada disciplina clínica que participa en la evaluación, y especifica los elementos requeridos de la historia y la exploración física. (*Véase también* ASC.3, EM3 y ASC.4, EM 1)
- 2. Sólo realizan evaluaciones los profesionales que están cualificados para ello por su licencia, normativa o legislación aplicable y certificación.
- 3. El contenido mínimo de las evaluaciones realizadas a pacientes hospitalizados se define en las políticas. (*Véase también* AOP.1.2, EM 1)
- 4. El contenido mínimo de las evaluaciones realizadas a pacientes en atención ambulatoria se define en las políticas.

Estándar AOP.1.2

La o las evaluaciones iniciales de cada paciente incluyen una evaluación de los factores físicos, psicológicos, sociales y económicos, incluido un examen físico y una historia de salud.

Intención de AOP.1.2

La o las evaluaciones iniciales de un paciente, ingresado o externo, son fundamentales para identificar sus necesidades y comenzar el proceso de atención. La o las evaluaciones iniciales proporcionan información para

- entender la atención que el paciente trata de obtener,
- seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente,
- formular un diagnóstico inicial, y
- comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

Para proporcionar esta información, la evaluación inicial incluye un estudio del estado médico del paciente mediante un examen físico y una historia de salud. La evaluación psicológica determina el estado emocional del paciente (por ejemplo, si está deprimido, temeroso o agresivo y pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás). La reunión de información social sobre un paciente no pretende “clasificar” pacientes. Más bien, los contextos sociales, culturales, familiares y económicos de un paciente son factores importantes que pueden influir su respuesta a la enfermedad y al tratamiento. Las familias pueden ser de gran ayuda en estas áreas de evaluación y en la comprensión de los deseos y preferencias del paciente en el proceso de evaluación. Los factores económicos se evalúan como parte de la evaluación social, o en forma separada cuando el paciente y su familia serán los responsables del total o de parte del coste de la atención obtenida como paciente interno o después del alta. Varias personas cualificadas distintas podrán participar en la evaluación de un paciente. Los factores más importantes son que las evaluaciones estén completas y a disposición (*véase también* MCI.7, EM 2) de quienes atienden al paciente. (*Véase también* AOP.1.7.2, EM 1 en relación con las evaluaciones del dolor.)

Elementos medibles de AOP.1.2

- 1. Todos los pacientes ingresados y los ambulatorios son sometidos a evaluaciones iniciales que incluyen una historia y exploración física consiste con los requisitos definidos en la política de la organización. (*véase también* AOP.1.1, EM 3)
- 2. Cada paciente recibe la evaluación psicológica inicial indicada según sus necesidades.
- 3. Cada paciente recibe la evaluación social y económica inicial indicada según sus necesidades.
- 4. La o las evaluaciones iniciales dan como resultado un diagnóstico inicial.

Estándar AOP.1.3

Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican a partir de las evaluaciones iniciales y se registran en la historia clínica.

Estándar AOP.1.3.1

La evaluación médica y de enfermería inicial de los pacientes de emergencia se basa en sus necesidades y estados.

Intención de AOP.1.3 y AOP.1.3.1

El resultado primario de las evaluaciones iniciales del paciente es la comprensión de las necesidades médicas y de enfermería del paciente, a fin de poder comenzar a prestar atención y tratamiento. Para lograr esto, la organización determina el contenido mínimo de la evaluación médica, la de enfermería y demás evaluaciones iniciales (AOP.1.1), el marco de tiempo para completar las evaluaciones (AOP.1.4) y los requisitos de documentación para evaluaciones (AOP.1.5). Si bien la evaluación médica y la de enfermería son fundamentales para el inicio de la atención, otros profesionales podrían hacer evaluaciones adicionales, incluidas evaluaciones especiales (AOP.1.8) y evaluaciones personalizadas (AOP.1.7). Estas evaluaciones deben estar integradas (AOP.4) y deben identificarse las necesidades de atención más urgentes (AOP.4.1).

En una emergencia, las evaluaciones iniciales, médicas y de enfermería, podrían verse limitadas a las necesidades y al estado aparente del paciente. Además, cuando no hay tiempo de registrar la historia y el

examen físico completo de un paciente de emergencia que necesita cirugía, se registrará una breve nota y el diagnóstico preoperatorio, antes de la cirugía.

Elementos medibles de AOP.1.3

- 1. Las necesidades médicas del paciente se identifican durante la evaluación inicial, los antecedentes documentados, la exploración física y otras evaluaciones llevadas a cabo según las necesidades del paciente identificadas.
- 2. Las necesidades de cuidados de enfermería del paciente se identifican mediante la evaluación documentada del personal de enfermería, la evaluación médica y otras evaluaciones realizadas según las necesidades del paciente.
- 3. Las necesidades de paciente identificadas se documentan en la historia clínica del paciente.
- 4. Las necesidades de cuidados de enfermería identificadas se documentan en la historia clínica del paciente.
- 5. Las políticas y procedimientos de la organización promueven una práctica sistemática.

Elementos medibles de AOP.1.3.1

- 1. En el caso de los pacientes de emergencia, la evaluación médica se basa en sus necesidades y en su estado.
 - 2. En el caso de los pacientes de emergencia, la evaluación de enfermería se basa en sus necesidades y en su estado.
 - 3. Si se realiza una cirugía, se registrará al menos una breve nota y un diagnóstico preoperatorio antes de la intervención.
-

Estándar AOP.1.4

Las evaluaciones se completan en el marco de tiempo establecido por la organización.

Intención de AOP.1.4

A fin de comenzar el tratamiento correcto para el paciente tan pronto como sea posible, las evaluaciones iniciales deberán completarse lo más rápido posible. La organización sanitaria determina el marco de tiempo para completar las evaluaciones, en particular la evaluación médica y la de enfermería. El marco de tiempo preciso depende de una variedad de factores, incluidos los tipos de pacientes que atiende la organización, la complejidad y duración de su atención y la dinámica de las condiciones en torno a su atención. Teniendo esto en mente, una organización puede establecer distintos marcos de tiempo para la evaluación en diferentes áreas o servicios.

Cuando una evaluación se completa total o parcialmente fuera de la organización (por ejemplo, en el consultorio de un cirujano especialista), los hallazgos se revisan y/o verifican en el momento de la admisión para hospitalización, según sea adecuado para el tiempo entre la evaluación externa y la admisión (*véase también* AOP.1.4.1), la naturaleza crítica de los hallazgos, la complejidad del paciente y la atención y el tratamiento planificados (por ejemplo, la revisión confirma la claridad del diagnóstico y todo procedimiento o tratamiento planificados, la presencia de radiografías necesarias en la cirugía, cualquier cambio en la condición del paciente como el control de la glucosa en sangre, e identifica todo análisis crítico de laboratorio que deba ser repetido).

Elementos medibles de AOP.1.4

- 1. Se establecen marcos de tiempo apropiados para la realización de evaluaciones en todos los entornos y servicios.
- 2. Las evaluaciones se completan dentro de los marcos de tiempo establecidos por la organización.
- 3. Se revisan y/o verifican los hallazgos de todas las evaluaciones realizadas fuera de la organización en el momento de la admisión de un paciente para hospitalización. (*Véase también* AOP.1.4.1 para la actualización o repetición de porciones de evaluaciones médicas de más de 30 días de antigüedad; *véase también* MCI.6, EM 1)

Estándar AOP.1.4.1

Las evaluaciones médicas y de enfermería iniciales se completan dentro de las primeras 24 horas posteriores a la admisión del paciente para hospitalización o antes, según lo indique el estado del paciente o la política del hospital.

Intención de AOP.1.4.1

Las evaluaciones iniciales, la médica y la de enfermería, se completan dentro de las 24 horas posteriores a la admisión del paciente en la organización y estarán a disposición de todos quienes atiendan al paciente. Cuando el estado del paciente así lo requiera, la evaluación médica y/o de enfermería iniciales se llevarán a cabo y estarán disponible antes. Por consiguiente, los pacientes de emergencia son evaluados de inmediato y la política podrá definir que determinados grupos de pacientes sean evaluados antes de transcurridas 24 horas.

Cuando la evaluación médica inicial se haya llevado a cabo en el consultorio particular de un médico, o en otro entorno ambulatorio, antes de la atención en la organización como paciente ingresado, deberá estar fechada dentro de los 30 días previos. Si en el momento de la admisión como paciente ingresado la evaluación médica tiene más de 30 días de antigüedad, deberá actualizarse la historia médica y repetirse el examen físico. En el caso de evaluaciones médicas llevadas a cabo dentro de los 30 días previos a la admisión, se anotan todo cambio relevante en el estado del paciente desde la evaluación en el momento de la admisión. Esta actualización y/o repetición del examen podrán ser llevadas a cabo por cualquier persona cualificada (*véase también la declaración de intención de AOP.4*).

Elementos medibles de AOP.1.4.1

- 1. La evaluación médica inicial se lleva a cabo dentro de las primeras 24 horas posteriores a la admisión para hospitalización, o antes, según lo requiera el estado del paciente o la política del hospital.
- 2. La evaluación de enfermería inicial se lleva a cabo dentro de las primeras 24 horas posteriores a la admisión para hospitalización, o antes, según lo requiera el estado del paciente o la política del hospital.
- 3. Las evaluaciones médicas iniciales llevadas a cabo antes de la admisión como paciente ingresado, o antes de un procedimiento ambulatorio en la organización, no tienen más de 30 días, o la historia clínica se ha actualizado y se ha repetido el examen físico.
- 4. En el caso de toda evaluación de menos de 30 días de antigüedad, los cambios relevantes en el estado del paciente desde la evaluación se anotan en la historia clínica del paciente en el momento de la admisión como paciente ingresado.

Estándar AOP.1.5

Los hallazgos de la evaluación se documentan en la historia clínica del paciente y están a inmediata disposición de los responsables de la atención del paciente.

Intención de AOP.1.5

Los hallazgos de la evaluación se utilizan durante todo el proceso de atención, para evaluar el progreso del paciente y comprender la necesidad de una nueva evaluación. Por lo tanto, es fundamental que la evaluación médica, la de enfermería y toda otra evaluación significativa se documenten bien y puedan encontrarse fácilmente en la historia clínica del paciente o en otro lugar normalizado y que se usen por parte de quienes atiendan al paciente. En particular, la evaluación médica y la de enfermería del paciente se documentan en la historia clínica dentro de las primeras 24 horas de la admisión como paciente ingresado. Esto no impide la inclusión de evaluaciones adicionales, más detalladas, en lugares distintos al historia clínica del paciente, siempre y cuando queden al alcance de quienes atienden al paciente.

Elementos medibles de AOP.1.5

- 1. Los hallazgos de las evaluaciones se documentan en la historia clínica del paciente. (*Véase también MCI.19.1, EM 1*).
- 2. Quienes atienden al paciente pueden encontrar y obtener las evaluaciones según sea necesario, de la historia clínica del paciente o de otro lugar accesible conforme a los estándares. (*Véase también MCI.7, EM 2*)

- 3. Las evaluaciones médicas se documentan en la historia clínica del paciente dentro de las 24 horas posteriores a la admisión.
 - 4. Las evaluaciones de enfermería se documentan en la historia clínica del paciente dentro de las 24 horas posteriores a la admisión.
-

Estándar AOP.1.5.1

La evaluación médica inicial se documenta antes del tratamiento con anestesia o quirúrgico.

Intención de AOP.1.5.1

Los resultados de la evaluación médica y de toda prueba de diagnóstico se incluyen en la historia clínica del paciente antes de una anestesia o de una cirugía.

Elementos medibles de AOP.1.5.1

- 1. Los pacientes para quienes hay una cirugía programada se someten a una evaluación médica antes de la intervención. (*Véase también ASC.7, EM 2*)
 - 2. La evaluación médica de los pacientes quirúrgicos se documenta antes de la cirugía.
-

Estándar AOP.1.6

Se estudian el estado nutricional y las necesidades funcionales de los pacientes y se los deriva para una evaluación más profunda y para tratamiento cuando sea necesario.

Intención de AOP.1.6

La información reunida en la evaluación médica y/o de enfermería iniciales, durante la aplicación de los criterios de cribado, podría indicar que el paciente necesita una evaluación más amplia o más profunda de su estado nutricional o su estado funcional, incluida una evaluación de riesgo de caídas. Será necesaria la evaluación más profunda para identificar a aquellos pacientes con necesidad de intervenciones nutricionales y los pacientes con necesidad de servicios de rehabilitación u otros servicios relacionados con su capacidad de funcionar en forma independiente o según su mayor potencial.

La forma más efectiva de identificar pacientes con necesidades nutricionales o funcionales es mediante criterios de cribado. Por ejemplo, el formulario de evaluación inicial de enfermería podría incluir los criterios. En cada caso, los criterios de examen son elaborados por personas calificadas, capaces de evaluar con mayor profundidad y, de ser preciso, proporcionar cualquier tratamiento que el paciente necesite. Por ejemplo, los criterios de cribado para riesgo nutricional podrían ser elaborados por enfermeros que aplicarán los criterios, dietistas que suministrarán la intervención alimenticia recomendada y nutricionistas capaces de integrar las necesidades nutricionales con las demás necesidades del paciente. (*Véase también COP.5*)

Elementos medibles de AOP.1.6

- 1. Las personas calificadas elaboran criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación nutricional más exhaustiva.
- 2. Se somete a los pacientes a un cribado de riesgo nutricional como parte de la evaluación inicial.
- 3. Los pacientes en riesgo de padecer problemas nutricionales, según los criterios, se someten a una evaluación nutricional.
- 4. Las personas calificadas elaboran criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación funcional más exhaustiva. (*Véase también el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 6, EM 1, relacionado con la evaluación de riesgo de caídas*)
- 5. Se somete a los pacientes a un cribado de sus necesidades para una evaluación funcional más amplia como parte de la evaluación inicial. (*Véase también el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 6, EM 2*)
- 6. Los pacientes que necesitan una evaluación funcional, conforme a los criterios, son derivados para someterse a dicha evaluación.

Estándar AOP.1.7

Todos los pacientes ingresados y en consulta externa son sometidos a un cribado del dolor y son evaluados cuando hay dolor presente.

Intención de AOP.1.7

Durante la evaluación inicial y durante cualquier reevaluación, se utiliza un proceso de cribado para identificar a los pacientes que sufren dolor. Cuando se identifica el dolor, se puede tratar al paciente en la organización o derivarlo para que reciba tratamiento. El alcance del tratamiento se basa en el entorno de atención y en los servicios prestados.

Cuando el paciente recibe tratamiento dentro de la organización, se lleva a cabo una evaluación más exhaustiva. Esta evaluación se adecúa a la edad del paciente y mide la intensidad y las características del dolor, como el carácter, la frecuencia, la ubicación y la duración del mismo. Esta evaluación se registra de forma que facilite la reevaluación y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por la organización y las necesidades del paciente.

Elementos medibles de AOP.1.7

- 1. Se somete a los pacientes a un cribado del dolor. (*Véase también COP.6, EM 1*)
 - 2. Cuando se identifica dolor en el cribado inicial, se deriva al paciente o la organización lleva a cabo una evaluación exhaustiva, adecuada a la edad del paciente y que mida la intensidad y las características del dolor, como por ejemplo el carácter del dolor, su frecuencia, su ubicación y su duración.
 - 3. La evaluación se registra de forma que facilite la reevaluación y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por la organización y las necesidades del paciente.
-

Estándar AOP.1.8

La organización realiza evaluaciones iniciales individuales en el caso de poblaciones especiales atendidas por la organización.

Intención de AOP.1.8

La evaluación inicial de determinados tipos de pacientes o determinadas poblaciones de pacientes requiere una modificación del proceso de evaluación. Dicha modificación se basa en las características específicas o necesidades de cada grupo y población de pacientes. Cada organización identifica dichos grupos de pacientes y modifica el proceso de evaluación para adaptarlo a sus necesidades. En particular, cuando la organización presta servicios a alguno de los grupos de población con necesidades especiales listados a continuación, la organización lleva a cabo evaluaciones personalizadas:

- niños,
- adolescentes
- ancianos delicados,
- enfermos terminales,
- mujeres en trabajo de parto,
- mujeres en la fase final del embarazo
- pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos,
- pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas y/o el alcohol,
- víctimas de abuso y abandonados,
- pacientes con enfermedades infecciosas o contagiosas,
- pacientes en quimioterapia o radioterapia
- y
- pacientes con problemas en el sistema inmunológico.

La evaluación de pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas y/o del alcohol y la evaluación de las víctimas de abuso y abandono son determinadas por la cultura de la población de pacientes. Estas evaluaciones no pretenden ser un proceso proactivo de detección de casos. La evaluación de estos pacientes más bien responde a sus necesidades y estado, en una forma confidencial y aceptable desde el punto de vista cultural.

El proceso de evaluación se modifica para que coincida con las leyes y reglamentaciones locales y los estándares profesionales relacionadas con dichas poblaciones y situaciones, e involucran a la familia cuando sea adecuado o necesario.

Elementos medibles de AOP.1.8

- 1. La organización tiene criterios definidos y documentados que identifican cuándo se lleva a cabo una evaluación especializada o de mayor profundidad.
 - 2. El proceso de evaluación para pacientes con necesidades especiales se adapta según sea apropiado para reflejar dichas necesidades.
-

Estándar AOP.1.9

Los pacientes terminales y sus familias son evaluados y reevaluados de acuerdo a sus necesidades individuales.

Intención de AOP.1.9

Cuando un paciente se encuentra en el final de su vida, las evaluaciones y reevaluaciones tienen que ser personalizadas a fin de atender las necesidades de los pacientes y de las familias. Las evaluaciones y reevaluaciones deben evaluar, según corresponda

- a) los síntomas tales como náuseas y disnea;
- b) los factores que alivian o agravan los síntomas físicos;
- c) el manejo actual de los síntomas y la respuesta del paciente;
- d) la orientación espiritual del paciente y de su familia y, según corresponda, toda participación en un grupo religioso;
- e) las inquietudes o necesidades espirituales del paciente y de la familia, tales como desesperación, sufrimiento, culpa o perdón;
- f) el estado psicosocial del paciente y de la familia, como por ejemplo las relaciones familiares, la idoneidad del entorno domiciliario si se prestara atención allí, los mecanismos para sobrellevar la situación y las reacciones del paciente y de la familia ante la enfermedad;
- g) la necesidad de servicios de apoyo o de reemplazo por descanso para el paciente, la familia u otros cuidadores;
- h) la necesidad de un entorno o nivel de atención alternativos;
- y
- i) los factores de riesgo de los sobrevivientes, como por ejemplo los mecanismos de la familia para sobrellevar la situación y el potencial de reacciones patológicas de duelo.

Elementos medibles de AOP.1.9

- 1. Se evalúa y reevalúa a los pacientes y a las familias en busca de los elementos identificados desde a) hasta i) en la declaración de intención, según corresponda.
 - 2. Los hallazgos de la evaluación guían la atención y los servicios prestados. (Véase también AOP.2, EM 2)
 - 3. Los resultados de la evaluación se documentan en la historia clínica del paciente.
-

Estándar AOP.1.10

La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales.

Intención de AOP.1.10

El proceso de evaluación inicial puede identificar la necesidad de otras evaluaciones, como odontológicas, auditivas, del lenguaje, etc. La organización deriva al paciente para tales evaluaciones, dentro de la organización o en la comunidad, donde estén disponibles.

Elementos medibles de AOP.1.10

- 1. Cuando se identifica la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, se deriva a los pacientes dentro o fuera de la organización. (Véase también ACC.3, EM 2)
- 2. Las evaluaciones especializadas realizadas dentro de la organización se completan y documentan en la historia clínica del paciente.

Estándar AOP.1.11

La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de planificación del alta.

Intención de AOP.1.11

La continuidad de la atención requiere una preparación especial y ciertas consideraciones para algunos pacientes, como por ejemplo para la planificación del alta. La organización elabora un mecanismo, como una lista de criterios, para identificar aquellos pacientes para quienes la planificación del alta es crítica ya sea por motivos de edad, falta de movilidad, necesidades continuas tanto médicas como de enfermería, asistencia en las actividades de la vida diaria, etc. Como los arreglos para el alta pueden retrasarse un poco, los procesos de evaluación y planificación se inician tan pronto como sea posible tras de la admisión como paciente hospitalizado.

Elementos medibles de AOP.1.11

- 1. Existe un proceso para identificar a aquellos pacientes para quienes es crítica la planificación del alta. (Véase también ACC.3, EM 2)
 - 2. La planificación del alta para estos pacientes comienza poco después de su ingreso como pacientes internos. (Véase también ACC.3, EM 4)
-

Estándar AOP.2

Se reevalúa a todos los pacientes, a intervalos adaptados a su situación, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.

Intención de AOP.2

La reevaluación por parte de todos los profesionales sanitarios del paciente es fundamental para comprender si las decisiones de atención son adecuadas y efectivas. Los pacientes se someten a reevaluaciones durante el proceso de atención, a intervalos adaptados a sus necesidades y al plan de atención, o según lo definido en las políticas y procedimientos de la organización. Los resultados de estas reevaluaciones se anotan en la historia clínica del paciente para la información y el uso de todos quienes atienden al paciente.

La reevaluación realizada por un médico es parte integral de la atención permanente del paciente. Los pacientes de atención aguda son evaluados por un médico al menos una vez al día, incluso los fines de semana, y cuando haya un cambio significativo en la situación de la persona.

Se llevan a cabo las reevaluaciones y los resultados se documentan en la historia clínica del paciente

- a intervalos regulares durante la atención (por ej., el personal de enfermería registra periódicamente los signos vitales, según sea necesario de acuerdo con el estado del paciente);
- diariamente, por parte de un médico en el caso de pacientes de atención aguda, o con menor frecuencia, según se describa en la política de la organización;
- en respuesta a un cambio importante en el estado del paciente;
- si el diagnóstico del paciente cambió y las necesidades de atención requieren la revisión de la planificación;
- y
- para determinar si los medicamentos y demás tratamientos dieron resultado y se puede transferir o dar de alta al paciente.

Elementos medibles de AOP.2

- 1. Se reevalúa a los pacientes para determinar su respuesta al tratamiento. (Véanse también ASC.5.3, EM 1; MMU.7, EM 1; COP.5, EM 3 y ASC.7.3, EM 1 y 2)
- 2. Se reevalúa los pacientes para planificar la continuación del tratamiento o el alta. (Véanse también ACC.3, EM 2 y 3; COP.7.1, EM 2; ASC.5.3, EMs 1 y 2; y AOP.1.9, EM 2)
- 3. Se reevalúa a los pacientes a intervalos adaptados según su estado y cuando haya un cambio significativo en la situación del paciente. (Véase también ASC.3, EM 1)
- 4. Durante la fase aguda de su atención y tratamiento, los pacientes son reevaluados al menos una vez al día por un médico, incluso los fines de semana.

- 5. Para pacientes que no están en fase aguda de la atención, la política de la organización define las circunstancias, tipos de pacientes y/o poblaciones de pacientes a quienes el médico evaluará con una frecuencia menor a la diaria, e identifica el intervalo mínimo de reevaluación para dichos pacientes.
 - 6. Las reevaluaciones se documentan en la historia clínica del paciente.
-

Estándar AOP.3

Las evaluaciones y reevaluaciones las realizan personas calificadas.

Intención de AOP.3

La evaluación y reevaluación de los pacientes son procesos críticos que requieren una educación, capacitación, conocimiento y destrezas especiales. Por consiguiente, para cada tipo de evaluación, se identifican esas personas calificadas para llevarla a cabo y se definen sus responsabilidades por escrito. En particular, se identifican inequívocamente aquellas personas calificadas para llevar a cabo evaluaciones de emergencia o evaluaciones de necesidades de enfermería. Cada disciplina realizará su evaluación, dentro del alcance de práctica, habilitación, leyes y reglamentaciones correspondientes, o certificación propias.

Elementos medibles de AOP.3

- 1. La organización identifica a las personas calificadas para realizar las evaluaciones y reevaluaciones de los pacientes.
 - 2. Sólo realizan evaluaciones aquellas personas autorizadas mediante habilitación, leyes y reglamentaciones correspondientes, o certificación.
 - 3. Las evaluaciones de emergencia las realizan personas calificadas para ello.
 - 4. Las evaluaciones de enfermería las realizan personas calificadas para ello.
 - 5. Las responsabilidades de quienes realizan las evaluaciones y reevaluaciones de los pacientes están definidas por escrito. (*Véanse también* SQE.1.1, EM 1 y 2; y SQE.10, EM 1)
-

Estándar AOP.4

Los médicos, los enfermeros y demás personas y servicios responsables de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.

Estándar AOP.4.1

Se identifican las necesidades de atención más urgentes o importantes.

Intención de AOP.4 y AOP.4.1

Un paciente puede ser sometido a varios tipos de evaluaciones dentro y fuera de la organización, por parte de varios departamentos y servicios diferentes. Como resultado de ello, puede que haya una variedad de información, resultados de análisis y demás datos dentro de la historia clínica del paciente. (*Véase también* la declaración de intención de AOP.1.4.1)

Un paciente obtendrá el máximo beneficio cuando el personal responsable de él trabaje en equipo para analizar los hallazgos de la evaluación y combine esta información para componer un panorama integral del estado del paciente. A partir de esta colaboración, se identifican las necesidades del paciente, se establece el orden de importancia de las mismas y se toman decisiones respecto a la atención. La integración de los hallazgos en este momento facilitará la coordinación de la atención. (*Véase también* COP.2)

Cuando las necesidades del paciente no son complejas, el proceso para trabajar juntos es sencillo e informal. En el caso de pacientes con necesidades complejas o no muy claras, puede ser necesario hacer reuniones formales del equipo de tratamiento, reuniones con el paciente y rondas clínicas. El paciente, su familia y otros terceros que tomen decisiones en su nombre se incluirán en el proceso de decisión cuando sea necesario.

Elementos medibles de AOP.4

- 1. Se analizan e integran los datos e información de la evaluación del paciente. (*Véanse también* COP.1, EM 1)
- 2. En el proceso participan todos los responsables de la atención del paciente.

Elementos medibles de AOP.4.1

- 1. Las necesidades de los pacientes se priorizan según los resultados de la evaluación.
- 2. Se informa al paciente y a la familia sobre los resultados del proceso de evaluación y sobre cualquier diagnóstico confirmado, cuando corresponda. (Véanse también PFR.2.1, EM 1)
- 3. Se informa al paciente y a la familia sobre la atención y el tratamiento planificados y participan en las decisiones sobre las necesidades prioritarias a cubrir. (Véanse también PFR.2.1, EM 2 y 4; y ACC.1.2, EM 5)

Servicios de laboratorio

Estándar AOP.5

Los servicios de laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Intención de AOP.5

La organización cuenta con un sistema para proporcionar los servicios de laboratorio, incluidos los servicios de patología clínica, requeridos según las necesidades de su población de pacientes, de los servicios clínicos ofrecidos y de los profesionales sanitarios. Los servicios de laboratorio se organizan y se prestan de forma que cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Los servicios de laboratorio, incluidos los necesarios en emergencias, pueden prestarse dentro de la organización, en otra organización por convenio, o de ambas formas. Hay servicios de laboratorio disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de emergencia.

Las fuentes externas son fácilmente accesibles para el paciente. La organización selecciona fuentes externas basándose en la recomendación de su director o de otra persona responsable de los servicios de laboratorio. Las fuentes externas de servicios de laboratorio cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes y cuentan con un expediente aceptable de servicios precisos y puntuales. Se informa a los pacientes cuando el médico que hace la derivación es propietario de una fuente externa de servicios de laboratorio.

Elementos medibles de AOP.5

- 1. Los servicios de laboratorio cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.
- 2. Hay servicios de laboratorio adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades.
- 3. Hay servicios de laboratorio de emergencia disponibles, incluso fuera del horario habitual de atención.
- 4. Las fuentes externas se seleccionan basándose en un historia clínica aceptable y conforme a las leyes y reglamentaciones.
- 5. Se informa a los pacientes acerca de cualquier relación entre el médico que hace la derivación y las fuentes externas de servicios de laboratorio. (Véase también GLD.6.1, EM 1)

Estándar AOP.5.1

Hay un programa de seguridad de laboratorio implementado que se sigue y se documenta.

Intención de AOP.5.1

El laboratorio cuenta con un programa de seguridad activo, en la medida exigida por los riesgos y peligros que se encuentran en el laboratorio. El programa se ocupa de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención (por ejemplo área de lavado de ojos, kits para derrames, etc.) para el personal del laboratorio, demás personal y pacientes, cuando se encuentren presentes. El programa de laboratorio se coordina junto con el programa de gestión de seguridad de la organización.

El programa de gestión de seguridad del laboratorio incluye

- políticas y procedimientos escritos que respaldan el cumplimiento con los estándares y reglamentaciones correspondientes;
- políticas y procedimientos escritos para el manejo y desecho de materiales infecciosos y peligrosos (*Véase también* FMS.5, EM 2, y PCI.7.2, EMs 1 y 2);
- disponibilidad de dispositivos de seguridad adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros encontrados;
- la orientación de todo el personal del laboratorio en lo que refiere a procedimientos y prácticas de seguridad;
- y
- la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.

Elementos medibles de AOP.5.1

- 1. Existe un programa de seguridad de laboratorio que aborda los riesgos potenciales de seguridad en el laboratorio y en otras áreas fuera del laboratorio en las que se llevan a cabo servicios de laboratorio. (*Véanse también* FMS.4 y FMS.5)
 - 2. El programa forma parte del programa de gestión de seguridad de la organización y se proporciona información a la estructura de seguridad de la organización al menos una vez al año y siempre que ocurra algún incidente de seguridad. (*Véase también* FMS.4, EM 2)
 - 3. Hay políticas y procedimientos escritos que abordan la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos. (*Véase también* FMS.5, EM 2)
 - 4. Los riesgos de seguridad identificados se abordan mediante procesos o dispositivos para reducir los riesgos de seguridad. (*Véase también* FMS.5, EM 5)
 - 5. El personal del laboratorio tiene orientación sobre los procedimientos y prácticas de seguridad. (*Véanse también* FMS.11, EM 1, GLD.5.4, EM 1 y 2 y GLD.6.1, EM 1).
 - 6. El personal del laboratorio recibe educación sobre los nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos. (*Véanse también* SQE.8, EM 3 y 4)
-

Estándar AOP.5.2

La administración de los análisis y la interpretación de los resultados están a cargo de personas con las cualificaciones adecuadas.

Intención de AOP.5.2

La organización identifica qué miembros del personal de laboratorio realizan los análisis, los que están autorizados para realizar análisis de evaluación en la cabecera del paciente y el personal que dirige o supervisa a aquellos que realizan los análisis. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, la experiencia y las destrezas apropiadas y adecuadas y con orientación sobre su trabajo. Se encomiendan al personal técnico tareas que concuerden con su capacitación y experiencia. Además, hay una cantidad suficiente de personal para realizar análisis sin demora y proporcionar el personal de laboratorio necesario durante todas las horas de funcionamiento y para emergencias.

Elementos medibles de AOP.5.2

- 1. Se identifican las personas que realizan los análisis y las que los dirigen o supervisan.
 - 2. Profesionales con las cualificaciones y experiencia apropiadas realizan los análisis. (*Véase también* SQE.4, EM 1)
 - 3. Profesionales con las cualificaciones y experiencia apropiadas interpretan los resultados.
 - 4. El personal de supervisión cuenta con las cualificaciones y la experiencia adecuadas.
-

Estándar AOP.5.3

Los resultados de los análisis de laboratorio están disponibles en forma oportuna, tal como lo define la organización.

Intención de AOP.5.3

La organización define el lapso de tiempo para informar los resultados de los análisis de laboratorio. Los resultados se informan dentro del marco de tiempo definido según las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Se incluyen los análisis de emergencia, fuera del horario de atención y durante los fines de semana. Los resultados de los análisis urgentes, como por ejemplo los del departamento de emergencia, salas de operaciones y unidades de cuidados intensivos obtienen especial atención durante su proceso de planificación y control de calidad. Además, cuando los servicios de laboratorio son contratados en una organización externa, los informes también deberán ser puntuales, tal como lo establece la política de la organización o el contrato. (*Véase también* el objetivo internacional para la seguridad del paciente 2, EM 1)

Elementos medibles de AOP.5.3

- 1. La organización ha establecido el tiempo de informe esperado para los resultados.
 - 2. Se controla la puntualidad del informe de los análisis urgentes/de emergencia.
 - 3. Los resultados de laboratorio se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente. (*Véase también* ASC.7.2, EM1).
-

Estándar AOP.5.3.1

Hay un proceso para informar de los resultados críticos de pruebas diagnósticas.

Intención de AOP.5.3.1

La información de los resultados críticos de pruebas diagnósticas es un aspecto muy relevante para la seguridad del paciente. Los resultados que están significativamente fuera del rango normal pueden indicar una situación de alto riesgo o de amenaza vital. Es importante que la organización desarrolle un sistema formal de notificación que identifique claramente cómo se informa a los profesionales sanitarios sobre los resultados críticos de las pruebas diagnósticas y cómo deben documentar los profesionales esta comunicación. (*Véase también* IPSCG.2, EMs 2 y 4, y AOP.5.3).

El proceso desarrollado por la organización para gestionar los resultados críticos de pruebas diagnósticas proporciona una guía a los profesionales para la solicitud y la recepción de resultados de pruebas diagnósticas tanto en una situación de emergencia. El proceso también incluye una definición de las pruebas consideradas críticas y los valores críticos para cada tipo de prueba, quién informa a quién sobre los resultados de la prueba, y un método establecido para monitorizar su cumplimiento.

Elementos medibles de AOP.5.3.1

- 1. El proceso para informar de resultados críticos de pruebas diagnósticas se ha desarrollado mediante un proceso colaborativo.
 - 2. El proceso identifica los valores críticos para cada tipo de prueba.
 - 3. El proceso identifica quién informa a quién sobre los resultados de la prueba.
 - 4. El proceso identifica qué se documenta en la historia clínica del paciente.
 - 5. Se monitoriza el cumplimiento del proceso y se modifica en base a los resultados de la monitorización.
-

Estándar AOP.5.4

Todo el equipo usado para análisis de laboratorio se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se llevan los debidos registros de estas actividades.

Intención de AOP.5.4

El personal del laboratorio trabaja para asegurar que todo el equipo (incluyendo el equipamiento para realizar pruebas a la cabecera del paciente) funcione a niveles aceptables y de una manera segura para el o los operadores. Un programa de administración de equipo de laboratorio prevé

- la selección y adquisición de equipo;
- la identificación y realización de inventario del equipo;
- la evaluación del uso del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento;

- el control y la medición ante avisos de peligro en los equipos, la retirada de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deben informarse, problemas y fallos;
- y
- la documentación del programa de administración.

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo en el laboratorio y su historia de servicio documentada.

Elementos medibles de AOP.5.4

- 1. Existe un programa de administración de equipo de laboratorio, que está implementado. (*Véase también* FMS.8, EM 1)
 - 2. El programa incluye la selección y adquisición de equipo.
 - 3. El programa incluye la realización de un inventario del equipo. (*Véase también* FMS.8, EM 2)
 - 4. El programa incluye la inspección y prueba del equipo. (*Véase también* FMS.8, EM 3)
 - 5. El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo. (*Véase también* FMS.8, EM 4)
 - 6. El programa incluye un control y un seguimiento. (*Véase también* FMS.8, EM 5)
 - 7. Todas las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo se documentan debidamente. (*Véase también* FMS.8.1, EM 1)
-

Estándar AOP.5.5

Se dispone de reactivos esenciales y demás suministros y se evalúan para garantizar la precisión y exactitud de los resultados.

Intención de AOP.5.5

La organización ha identificado los reactivos y suministros necesarios para proporcionar de manera regular servicios de laboratorio a sus pacientes. Hay instaurado un proceso efectivo para pedir o asegurar la provisión de aquellos reactivos esenciales y demás suministros. Todos los reactivos se guardan y se dispensan según los procedimientos definidos. La evaluación de todos los reactivos asegura la exactitud y la precisión de los resultados. Existen guías documentadas que aseguran el etiquetado completo y preciso de los reactivos y las soluciones y la precisión y exactitud de todos los resultados.

Elementos medibles de AOP.5.5

- 1. Los reactivos y suministros esenciales están identificados. (*Véase también* FMS.5, EM 1)
 - 2. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles y hay un proceso para abordar las situaciones en las que no están.
 - 3. Todos los reactivos se guardan y se dispensan según las indicaciones del fabricante o las instrucciones del envase. (*Véase también* FMS.5, EM 2)
 - 4. El laboratorio tiene e implementa guías documentadas para la evaluación de todos los reactivos para garantizar la precisión y exactitud de todos los resultados.
 - 5. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados en forma exacta y completa. (*Véase también* FMS.5, EM 7)
-

Estándar AOP.5.6

Se siguen procedimientos para recoger, identificar, manipular, transportar de forma segura y desechar las muestras.

Intención de AOP.5.6

- Hay procedimientos elaborados e implementados para
- solicitar análisis;
 - recoger e identificar muestras;
 - transportar, almacenar y preservar muestras;
 - y
 - recibir, ingresar al sistema y rastrear muestras.

Estos procedimientos se cumplen también en el caso de muestras enviadas a fuentes externas para ser analizadas.

Elementos medibles de AOP.5.6

- 1. Existen procedimientos que guían la solicitud de análisis.
 - 2. Existen procedimientos que guían la recogida e identificación de muestras. (*Véase también* el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 1, EM 3)
 - 3. Existen procedimientos que guían el transporte, almacenamiento y conservación de muestras.
 - 4. Existen procedimientos que guían la recepción y la trazabilidad de muestras.
 - 5. Se implementan los procesos.
 - 6. Se observan los procedimientos cuando se emplean fuentes o servicios externos.
-

Estándar AOP.5.7

Para interpretar e informar los resultados del laboratorio clínico se utilizan estándares y rangos establecidos.

Intención de AOP.5.7

El laboratorio establece intervalos de referencia o rangos “normales” para cada análisis realizado. El rango se incluye en la historia clínica ya sea como parte del informe o incluyendo una lista actual de dichos valores aprobados por el director del laboratorio. Cuando el análisis se lleva a cabo por parte de una fuente externa, se proporcionan los rangos. Los rangos de referencia son adecuados a la geografía y a la realidad demográfica de la organización y se revisan y actualizan cuando cambian los métodos.

Elementos medibles de AOP.5.7

- 1. El laboratorio estableció rangos de referencia para cada análisis realizado.
 - 2. El rango se incluye en la historia clínica en el momento en que se informan los resultados del análisis.
 - 3. Cuando una fuente externa realiza el análisis, se proporcionan los rangos.
 - 4. Los rangos se adecuan a la geografía y a la realidad demográfica de la organización.
 - 5. Se revisan y actualizan los rangos según sea necesario.
-

Estándar AOP.5.8

Hay una o más personas cualificadas responsables de administrar el servicio de laboratorio clínico o el servicio de patología.

Intención de AOP.5.8

Los servicios de laboratorio clínico se encuentran bajo la dirección de una persona cualificada por una capacitación, competencia y experiencia documentadas, de conformidad con las leyes y reglamentaciones correspondientes. Esta persona asume la responsabilidad profesional de las instalaciones del laboratorio y de los servicios prestados en el mismo, así como también de los análisis realizados fuera del laboratorio, como por ejemplo los análisis realizados en la cabecera del paciente (análisis en el lugar de atención). La supervisión de los servicios fuera del laboratorio incluye garantizar políticas y prácticas coincidentes en toda la organización como capacitación, administración de suministros, etc. y no una supervisión diaria de dichas actividades. La supervisión diaria continúa siendo responsabilidad de los líderes del departamento o unidad en la que se realiza el análisis.

Cuando esta persona responde una consulta clínica o emite una opinión médica, deberá ser un médico, preferentemente un anatomopatólogo. Los servicios de especialidades y subespecialidades del laboratorio se encuentran bajo la dirección de personas debidamente cualificadas. Las responsabilidades del director del laboratorio incluyen

- la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- el mantenimiento de todo programa necesario de control de calidad;
- la recomendación de fuentes externas de servicios de laboratorio; y
- el control y la revisión de todos los servicios del laboratorio.

Elementos medibles de AOP.5.8

- 1. El laboratorio clínico y demás servicios de laboratorio en la organización se encuentran bajo la dirección y la supervisión de una o más personas cualificadas. (*Véase también* GLD.5, EM 1)
 - 2. Las responsabilidades de la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos están definidas y se llevan a cabo.
 - 3. Las responsabilidades de la supervisión administrativa están definidas y se llevan a cabo.
 - 4. Las responsabilidades del mantenimiento de programas de control de calidad están definidas y se llevan a cabo.
 - 5. Las responsabilidades de la recomendación de fuentes externas de servicios de laboratorio están definidas y se llevan a cabo. (*Véase también* GLD.3.3, EM 4 y GLD.3.3.1, EM 2)
 - 6. Las responsabilidades del control y la revisión de todos los servicios de laboratorio, dentro y fuera del laboratorio están definidas y se llevan a cabo. (*Véase también* GLD.3.3, EM 3 y GLD.3.3.1, EM 1)
-

Estándar AOP.5.9

Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.

Estándar AOP.5.9.1

Existe un proceso para el análisis de competencia.

Intención de AOP.5.9 y AOP.5.9.1

Los sistemas de control de calidad firmes son esenciales para proporcionar excelentes servicios de patología y laboratorio clínico. Los procedimientos de control de calidad incluyen

- a) la validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar;
- b) la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal cualificado del laboratorio;
- c) una rápida medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
- d) la prueba de los reactivos (*véase también* AOP.5.5);
- y
- e) la documentación de resultados y medidas correctivas.

Las pruebas de competencia determinan cómo se comparan los resultados de un laboratorio individual con otros laboratorios que emplean las mismas metodologías. Dichas pruebas pueden identificar problemas de desempeño que no se reconocen mediante mecanismos internos. De este modo, el laboratorio participa en un programa aprobado de pruebas de competencia, cuando esté disponible. En forma alternativa, cuando no hay programas aprobados disponibles, el laboratorio intercambia muestras con un laboratorio de otra organización, a fin de realizar pruebas de comparación entre pares. El laboratorio lleva un expediente agregado de la participación en un proceso de pruebas de competencia. Las pruebas de competencia, o un método alternativo, se llevan a cabo para todos los programas de laboratorio de especialidades, cuando estén disponibles.

Elementos medibles de AOP.5.9

- 1. Existe un programa de control de calidad para el laboratorio clínico.
- 2. El programa incluye la validación de los métodos de prueba.
- 3. El programa incluye la vigilancia diaria de los resultados de los análisis.
- 4. El programa incluye la rápida corrección de las deficiencias.
- 5. El programa incluye la documentación de resultados y medidas correctivas.
- 6. Se implementan los elementos a) hasta e) del programa identificados en la declaración de intención.

Elementos medibles de AOP.5.9.1

- 1. El laboratorio participa en un programa de pruebas de competencia, o en un programa alternativo, para todos los servicios de laboratorio de especialidades y análisis.
- 2. Se mantiene un expediente agregado de participación.

Estándar AOP.5.10

La organización revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todas las fuentes externas de servicios de laboratorio.

Intención de AOP.5.10

Cuando la organización emplea fuentes externas de servicios de laboratorio, recibe y revisa periódicamente los resultados de control de calidad de dicha fuente. Los resultados de control de calidad los revisan personas cualificadas.

Elementos medibles de AOP.5.10

- 1. La organización determina la frecuencia y el tipo de datos de control de calidad de fuentes externas.
 - 2. El profesional cualificado responsable del control de calidad de laboratorio, o la persona cualificada a quien designe, revisa los resultados de control de calidad de fuentes externas.
 - 3. El profesional responsable o la persona cualificada a quien designe toma medidas en base a los resultados de control de calidad.
 - 4. Se proporciona a la dirección un informe anual de los datos de control de calidad de los servicios externos para facilitar la gestión y la renovación de los contratos.
-

Estándar AOP.5.11

La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

Intención de AOP.5.11

La organización es capaz de identificar y ponerse en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como parasitología, virología o toxicología, cuando sea necesario. La organización conserva una lista de tales expertos.

Elementos medibles de AOP.5.11

- 1. Se conserva una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
 - 2. Se convocan expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.
-

Servicios de radiología y de diagnóstico por imagen

Estándar AOP.6

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Estándar AOP.6.1

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen son proporcionados por la organización, o están fácilmente disponibles mediante convenios con fuentes externas.

Intención de AOP.6 y AOP.6.1

La organización cuenta con un sistema para proporcionar servicios de radiología y de diagnóstico por imagen requeridos por su población de pacientes, por los servicios clínicos ofrecidos y por las necesidades de los profesionales sanitarios. Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen cumplen con todos los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.

Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen, incluidos los necesarios en emergencias, pueden prestarse dentro de la organización, en otra organización por convenio, o de ambas formas. Hay servicios de

radiología y de diagnóstico por imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de emergencia.

Las fuentes externas son de práctico acceso para el paciente y los informes se reciben de una manera puntual que apoya la continuidad de la atención. La organización selecciona fuentes externas basándose en la recomendación de su director o de otra persona responsable por los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen. Las fuentes externas de servicio de radiología y de diagnóstico por imagen cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes y cuentan con un expediente aceptable de servicios exactos y puntuales. Se informa a los pacientes cuando el médico que hace la derivación es propietario de una fuente externa de servicios de radiología y de diagnóstico por imagen.

Elementos medibles de AOP.6

- 1. Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.
- 2. Hay servicios de radiología y de diagnóstico por imagen adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades de los pacientes.
- 3. Hay servicios de radiología y de diagnóstico por imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de emergencia.

Elementos medibles de AOP.6.1

- 1. Las fuentes externas se seleccionan basándose en recomendaciones del director y en una historia clínica aceptable de desempeño y cumplimiento oportuno conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.
- 2. Se informa a los pacientes acerca de cualquier relación entre el médico que hace la derivación y las fuentes externas de servicios de radiología y de diagnóstico por imagen. (*Véase también* GLD.6.1, EM 1)

Estándar AOP.6.2

Hay un programa de seguridad radiológica implementado, que se sigue y se documenta.

Intención de AOP.6.2

La organización cuenta con un programa de seguridad radiológica activo que incluye todos los componentes de los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen, incluido el laboratorio de radioterapia oncológica y cateterismo cardíaco. El programa de seguridad radiológica refleja los riesgos y peligros encontrados. El programa se ocupa de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para el personal de radiología y diagnóstico por imagen, demás personal y pacientes. El programa se coordina junto con el programa de gestión de seguridad de la organización.

El programa de gestión de seguridad radiológica incluye

- políticas y procedimientos escritos que respaldan el cumplimiento con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes;
- políticas y procedimientos escritos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;
- disponibilidad de dispositivos protectores de seguridad adecuados para las prácticas y los peligros encontrados;
- la orientación de todo el personal de radiología y diagnóstico por imagen sobre procedimientos y prácticas de seguridad;
- y
- la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.

Elementos medibles de AOP.6.2

- 1. Existe un programa de seguridad radiológica implementado, que aborda los riesgos potenciales de seguridad de dentro y fuera del departamento. (*Véanse también* FMS.4 y FMS.5)
- 2. El programa de seguridad es parte del programa de gestión de seguridad de la organización y se proporciona información a la estructura de seguridad de la organización al menos una vez al año y siempre que ocurra algún incidente de seguridad. (*Véanse también* FMS.4, EM2)

- 3. Hay políticas y procedimientos escritos que abordan el cumplimiento de los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes.
 - 4. Hay políticas y procedimientos escritos que abordan la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos. (Véase también FMS.5, EM 2 y 4)
 - 5. Los riesgos de seguridad identificados se abordan mediante procesos o dispositivos para reducir los riesgos de seguridad. (Véase también FMS.5, EM 5)
 - 6. El personal de radiología y diagnóstico por imagen tiene orientación sobre los procedimientos y prácticas de seguridad. (Véanse también FMS.11, EM 1 y GLD.5.4, EM 1 y 2)
 - 7. El personal de radiología y diagnóstico por imagen recibe educación sobre nuevos procedimientos y materiales peligrosos. (Véanse también SQE.8, EM 3 y 4)
-

Estándar AOP.6.3

La realización de los estudios de diagnóstico por imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personas con las cualificaciones adecuadas.

Intención de AOP.6.3

La organización identifica qué miembros del personal de radiología y diagnóstico por imagen realizan los estudios de diagnóstico e imagen, los que están autorizados para realizar análisis de evaluación en la cabecera del paciente, los que interpretan los resultados o verifican e informan los resultados, y los que dirigen o supervisan los procesos. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, la experiencia y las destrezas apropiadas y adecuadas y con orientación sobre a su trabajo. Se encomienda a los miembros del personal técnico tareas que concuerden con su capacitación y experiencia. Además, hay una cantidad suficiente de personal para realizar, interpretar e informar estudios sin demora y proporcionar el personal necesario durante todas las horas de funcionamiento y para emergencias.

Elementos medibles de AOP.6.3

- 1. Se identifican las personas que realizan estudios de diagnóstico e imagen o dirigen o supervisan los estudios.
 - 2. Profesionales con las cualificaciones y la experiencia adecuadas realizan los estudios de diagnóstico e imagen. (Véase también SQE.4, EM 1)
 - 3. Profesionales con las cualificaciones y la experiencia adecuadas interpretan los resultados de los estudios. (Véase también SQE.4, EM 1)
 - 4. El personal con las cualificaciones adecuadas verifica e informa los resultados de los estudios.
 - 5. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes. (Véase también GLD.5.2, EM 3, y SQE.6, EM 3)
 - 6. El personal de supervisión cuenta con las cualificaciones y la experiencia adecuadas.
-

Estándar AOP.6.4

Los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen están disponibles en forma oportuna, tal como lo define la organización.

Intención de AOP.6.4

La organización define el lapso de tiempo para informar los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen. Los resultados se informan dentro del marco de tiempo definido según las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Se incluyen los análisis de emergencia, fuera del horario de atención y durante los fines de semana. Los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen urgentes, como por ejemplo los del departamento de emergencia, salas de operaciones y unidades de cuidados intensivos obtienen especial atención durante su proceso de planificación y control. Los estudios de radiología y diagnóstico por imagen realizados por terceros contratados se informan de acuerdo a la política de la organización o los requisitos del contrato. (Véase también el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 2, EM 1)

Elementos medibles de AOP.6.4

- 1. La organización ha establecido el tiempo de informe esperado para los resultados.
- 2. Se controla la puntualidad del informe de los estudios urgentes/de emergencia.

- 3. Los resultados de radiología y diagnóstico por imagen se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente. (*Véase también* ASC.7, EM 1)
-

Estándar AOP.6.5

Todo el equipo usado para estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se llevan los debidos registros de estas actividades.

Intención de AOP.6.5

El personal de radiología y diagnóstico por imagen trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura para el o los operadores. Un programa de administración de equipo de radiología y diagnóstico por imagen prevé

- la selección y adquisición de equipo;
- equipo de identificación e inventario;
- la evaluación del uso del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento;
- el control y toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiros de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deben informarse, problemas y fallos; y
- la documentación del programa de administración.

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo y su historia de servicio documentada. (*Véase también* FMS.8, intención del estándar)

Elementos medibles de AOP.6.5

- 1. Existe un programa de administración de equipo de radiología y diagnóstico por imagen, que está implementado. (*Véase también* FMS.8, EM 1)
 - 2. El programa incluye la selección y adquisición de equipo.
 - 3. El programa incluye la realización de un inventario del equipo. (*Véase también* FMS.8, EM 2)
 - 4. El programa incluye la inspección y prueba del equipo. (*Véase también* FMS.8, EM 3)
 - 5. El programa incluye la calibración y el mantenimiento del equipo. (*Véase también* FMS.8, EM 4)
 - 6. El programa incluye un control y un seguimiento. (*Véase también* FMS.8, EM 5)
 - 7. Existe una documentación adecuada de todas las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo. (*Véase también* FMS.8.1, EM 1)
-

Estándar AOP.6.6

Hay películas para radiografías y demás suministros disponibles.

Intención de AOP.6.6

La organización ha identificado las películas, los reactivos y los suministros necesarios para proporcionar regularmente servicios de radiología y diagnóstico por imagen a sus pacientes. Hay instaurado un proceso para pedir o asegurar la provisión de películas, reactivos y demás suministros. Todos los suministros se guardan y se dispensan según procedimientos definidos, que incorporan las instrucciones del fabricante. La evaluación periódica de los reactivos según las instrucciones del fabricante asegura la exactitud y la precisión de los resultados.

Elementos medibles de AOP.6.6

- 1. Las películas para radiografías, los reactivos y los suministros esenciales están identificados. (*Véase también* FMS.5, EM 1)
- 2. Las películas para radiografías, los reactivos y los suministros esenciales están disponibles.
- 3. Todos los suministros se guardan y se dispensan según las guías. (*Véase también* FMS.5, EM 2)
- 4. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los suministros.
- 5. Todos los suministros están etiquetados en forma exacta y completa. (*Véase también* FMS.5, EM 7)

Estándar AOP.6.7

Habrá una o más personas cualificadas responsables de gestionar los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Intención de AOP.6.7

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, realizados en cualquier lugar de la organización, se encuentran bajo la dirección de una persona cualificada por una capacitación, competencia y experiencia documentadas, de acuerdo a las leyes y reglamentaciones correspondientes. Esta persona asume la responsabilidad profesional de las instalaciones de radiología y diagnóstico por imagen y de los servicios proporcionados. Cuando esta persona responde una consulta clínica o emite una opinión médica, deberá ser un médico, preferentemente un radiólogo. Cuando se proporciona radioterapia u otros servicios especiales, estarán bajo la dirección de personas debidamente cualificadas. Las responsabilidades del director de radiología y diagnóstico por imagen incluyen

- la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- el mantenimiento de todo programa necesario de control de calidad;
- la recomendación de las fuentes externas de servicios de radiología y diagnóstico por imagen;
- y
- el control y la revisión de todos los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Elementos medibles de AOP.6.7

- 1. Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están bajo la dirección de una o más personas cualificadas. (*Véase también* GLD.5, EM 1)
 - 2. Las responsabilidades de la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos están definidas y se llevan a cabo.
 - 3. Las responsabilidades de la supervisión administrativa están definidas y se llevan a cabo.
 - 4. Las responsabilidades del mantenimiento de programas de control de calidad están definidas y se llevan a cabo.
 - 5. Las responsabilidades de la recomendación de las fuentes externas de servicios de radiología y diagnóstico por imagen están definidas y se llevan a cabo. (*Véase también* GLD.3.3, EM 4)
 - 6. Las responsabilidades del control y la revisión de todos los servicios de radiología y diagnóstico por imagen están definidas y se llevan a cabo. (*Véase también* GLD.3.3, EM 1)
-

Estándar AOP.6.8

Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y se documentan.

Intención de AOP.6.8

Los sistemas de control de calidad firmes son esenciales para proporcionar excelentes servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Los procedimientos de control de calidad incluyen

- la validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud y precisión;
- la vigilancia diaria de los resultados de imágenes por parte de personal cualificado de radiología;
- una rápida medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;
- la prueba de los reactivos y soluciones (*véase también* AOP.6.6);
- y
- la documentación de resultados y medidas correctivas.

Elementos medibles de AOP.6.8

- 1. Existe un programa de control de calidad para los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, que está implementado.
- 2. El control de calidad incluye la validación de los métodos de prueba.
- 3. El control de calidad incluye la vigilancia diaria de los resultados de los exámenes de diagnósticos por imagen.
- 4. El control de calidad incluye la corrección rápida ante la identificación de una deficiencia.

- 5. El control de calidad incluye pruebas de reactivos y soluciones.
 - 6. El control de calidad incluye la documentación de resultados y medidas correctivas.
-

Estándar AOP.6.9

La organización revisa periódicamente los resultados de control de calidad de todas las fuentes externas de servicios de diagnóstico.

Intención de AOP.6.9

Cuando la organización emplea fuentes externas de servicios de radiología y diagnóstico por imagen, recibe y revisa regularmente los resultados de control de calidad de dicha fuente. Los resultados de control de calidad los revisan personas cualificadas. Cuando el control de calidad de los exámenes de diagnóstico por imagen de fuentes externas es difícil de obtener, el director elabora un enfoque alternativo para la supervisión de calidad.

Elementos medibles de AOP.6.9

- 1. La organización determina la frecuencia y el tipo de datos de control de calidad de fuentes externas.
 - 2. El profesional cualificado responsable del control de calidad de radiología, o la persona cualificada a quien designe, revisa los resultados de control de calidad de fuentes externas.
 - 3. El profesional responsable o la persona cualificada a quien designe toma medidas en base a los resultados de control de calidad.
 - 4. Se proporciona a la dirección un informe anual de los datos de control de calidad de los servicios externos para facilitar la gestión y la renovación de los contratos.
-

Estándar AOP.6.10

La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

Intención de AOP.6.10

La organización puede identificar y ponerse en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como física de la radiación, radioterapia oncológica o medicina nuclear, cuando sea necesario. La organización conserva una lista de tales expertos.

Elementos medibles de AOP.6.10

- 1. La organización conserva una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
- 2. La organización se pone en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.



Atención de pacientes (COP)

Perspectiva general

El propósito principal de una organización sanitaria es la atención del paciente. Proporcionar la atención más adecuada en un entorno que apoye y responda a las necesidades únicas de cada paciente requiere un alto nivel de planificación y coordinación.

Algunas actividades son básicas para la atención del paciente. Para todas las disciplinas que atienden a los pacientes, estas actividades incluyen

- planificación y prestación de atención a cada paciente,
- monitorización del paciente para entender los resultados de la atención,
- modificación de la atención cuando sea necesario,
- finalización de la atención;
- y
- planificación del seguimiento.

Muchos médicos, enfermeros, farmacéuticos, terapeutas de rehabilitación y otros tipos de profesionales sanitarios pueden realizar estas actividades. Cada profesional tiene un rol claro en la atención del paciente. Dicho rol lo determinan las habilitaciones para ejercer, las credenciales, las certificaciones, las leyes y las reglamentaciones, las aptitudes, conocimientos y experiencia particulares de cada persona y las políticas o descripciones de puestos de la organización. El paciente, su familia u otros profesionales capacitados pueden encargarse de ciertos tipos de atención.

Los estándares de Evaluación de pacientes (AOP) describen las bases de la prestación de atención: un plan para cada paciente basado en una evaluación de sus necesidades. Esa atención puede ser preventiva, paliativa, de curación o de rehabilitación y puede incluir anestesia, cirugía, medicamentos, terapias de apoyo, o una combinación de éstos. No es suficiente un plan de atención para lograr resultados óptimos. La prestación de los servicios debe estar coordinada e integrada por todas las personas que atienden al paciente.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

- COP.1 Las políticas y procedimientos y las leyes y reglamentaciones correspondientes guían la atención uniforme de todos los pacientes.
- COP.2 Existe un proceso para integrar y coordinar la atención proporcionada a cada paciente.
- COP.2.1 La atención prestada a cada paciente está planificada y anotada en la historia clínica del paciente.
- COP.2.2 Quienes estén autorizados a emitir órdenes para los pacientes anotan la orden en la historia clínica del paciente, en un lugar uniforme.
- COP.2.3 Los procedimientos realizados se anotan en la historia clínica del paciente.
- COP.2.4 Se informa a los pacientes y a las familias acerca de los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos.

Atención de pacientes de alto riesgo y prestación de servicios de alto riesgo

COP.3 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de dicha índole.

COP.3.1 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de emergencia.

COP.3.2 Las políticas y los procedimientos guían el uso de los servicios de resucitación en toda la organización.

COP.3.3 Las políticas y los procedimientos guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados.

COP.3.4 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en coma o en soporte vital. (*Véase también PFR.1.5*)

COP.3.5 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con una enfermedad contagiosa y de los pacientes inmunodeprimidos.

COP.3.6 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes dializados.

COP.3.7 Las políticas y procedimientos guían el uso de sujeción y la atención de los pacientes con sujeción.

COP.3.8 Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes mayores, las personas discapacitadas, los niños y la población en riesgo de abuso.

COP.3.9 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo.

Terapia de alimentos y nutrición

COP.4 Hay una variedad de opciones de alimentación adecuadas para el estado nutricional del paciente fácilmente disponibles y que concuerden con su atención clínica.

COP.4.1 La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de los alimentos son seguros y cumplen con las leyes, reglamentaciones y prácticas actualmente aceptables.

COP.5 Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional.

Gestión del dolor y atención de enfermedades terminales

COP.6 Los pacientes reciben apoyo para la gestión efectiva del dolor.

COP.7 La organización se ocupa de la atención de enfermedades terminales.

COP.7.1 La atención del paciente terminal optimiza su comodidad y su dignidad.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Prestación de atención para todos los pacientes

Estándar COP.1

Las políticas y procedimientos y las leyes y reglamentaciones correspondientes guían la atención uniforme de todos los pacientes.

Intención de COP.1

Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en toda la organización. A fin de llevar adelante el principio de “un nivel de calidad de atención”, es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente. En particular, los servicios prestados a poblaciones similares de pacientes en múltiples departamentos o entornos se guían por políticas y procedimientos que resultan en una prestación uniforme. Además, los líderes aseguran que esté disponible el mismo nivel de atención todos los días de la semana y en todos los turnos de trabajo de cada día. Dichas políticas y procedimientos respetan las leyes y reglamentaciones correspondientes que forman el proceso de atención y se llevan a cabo mejor en colaboración. La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:

1. El acceso y la idoneidad de la atención y del tratamiento no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago.
2. El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por facultativos cualificados, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
3. La agudeza del estado del paciente determina los recursos destinados a cubrir las necesidades del paciente.
4. El nivel de atención proporcionado a los pacientes (por ejemplo, atención de anestesia) es el mismo en toda la organización.
5. Los pacientes con las mismas necesidades de atención de enfermería reciben niveles comparables de atención de enfermería en toda la organización.

La atención uniforme de los pacientes da como resultado el uso eficiente de los recursos y permite la evaluación de resultados de atención similar en toda la organización.

Elementos medibles de COP.1

- 1. Los líderes de la organización colaboran para proporcionar procesos de atención uniformes. (*Véanse también ACC.1.1; AOP.4, EM 1; y ASC.2, EM 1*)
- 2. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme y reflejan las leyes y reglamentaciones relevantes.
- 3. Se proporciona una atención uniforme que cumple con los requisitos # 1 al # 5 de la declaración de intención. (*Véase también ASC.3, EM 1*)

Estándar COP.2

Existe un proceso para integrar y coordinar la atención proporcionada a cada paciente.

Intención de COP.2

El proceso de atención al paciente es dinámico e involucra a muchos profesionales sanitarios y puede involucrar asimismo múltiples entornos de atención, departamentos y servicios. La integración y coordinación de las actividades de atención del paciente son metas que resultan en procesos de atención eficientes, un uso más efectivo de los recursos humanos y de otros recursos y la probabilidad de obtener mejores resultados para el paciente. Por consiguiente, los líderes emplean herramientas y técnicas para integrar y coordinar mejor la atención de sus pacientes (por ejemplo, atención prestada en equipo, rondas de pacientes entre múltiples departamentos, formularios de planificación de atención combinada, historia clínica del paciente integrado, administradores de casos). (*Véase también la declaración de intención de AOP.4*)

La historia clínica del paciente facilita y refleja la integración y la coordinación de la atención. En particular, cada profesional registra observaciones y tratamientos en la historia clínica del paciente. Además, todo resultado o conclusión de las reuniones del equipo de colaboración para la atención del paciente o discusiones similares sobre el paciente se anotan en la historia clínica del paciente. (*Véase también COP.5, EM 2*)

Elementos medibles de COP.2

- 1. La planificación de la atención está integrada y coordinada entre entornos, departamentos y servicios. (*Véase también ACC.2, EM 3*)
 - 2. La prestación de atención está integrada y coordinada entre entornos, departamentos y servicios.
 - 3. Los resultados o conclusiones de las reuniones de cualquier equipo de atención del paciente u otras discusiones hechas en forma conjunta se anotan en la historia clínica del paciente.
-

Estándar COP.2.1

La atención prestada a cada paciente está planificada y anotada en la historia clínica del paciente.

Intención de COP.2.1

Los procesos de atención al paciente se planifican cuidadosamente a fin de lograr resultados óptimos. El proceso de planificación utiliza los datos de la evaluación inicial y de revaluaciones periódicas, para identificar y priorizar los tratamientos, procedimientos, atención de enfermería y demás tipos de atención para cubrir las necesidades del paciente. El paciente y la familia participan en el proceso de planificación. El plan se archiva en la historia clínica del paciente. El plan de atención se elabora dentro de las 24 horas posteriores a la admisión para hospitalización. Basándose en la reevaluación del paciente realizada por los profesionales sanitarios del paciente, se actualiza el plan según sea adecuado a fin de reflejar la evolución del paciente.

La atención planificada para un paciente debe estar relacionada con sus necesidades identificadas. Dichas necesidades pueden cambiar, como resultado de mejoras clínicas, nueva información proveniente de una reevaluación de rutina (por ej., resultados anormales de análisis de laboratorio o radiografías), o pueden ser evidentes ante un cambio repentino en el estado del paciente (por ej., pérdida del conocimiento). Según cambien las necesidades cambiará también el plan de atención del paciente. Los cambios se anotan en la historia clínica a modo de comentarios del plan inicial, como objetivos de atención revisados o nuevos, o pueden resultar en un nuevo plan.

Nota: es preferible que haya un plan único e integrado en el que cada profesional refleje objetivos (medibles) esperados de tratamiento a que cada profesional incluya un plan de atención por separado. El plan de atención para cada paciente también debe reflejar metas de atención personalizada, objetivas y realistas, a fin de facilitar las revaluaciones y la revisión del plan de atención.

Elementos medibles de COP.2.1

- 1. El médico responsable, junto a la enfermera y a los demás profesionales sanitarios, planifican la atención de cada paciente dentro de las 24 horas posteriores a la admisión para hospitalización.
 - 2. La atención planificada está personalizada y se basa en los datos de la evaluación inicial del paciente.
 - 3. La atención planificada queda reflejada en la historia clínica en forma de objetivos medibles.
 - 4. Los objetivos de tratamiento reflejados en el plan se actualizan o se revisan, según sea adecuado, basándose en la reevaluación del paciente que realizan los profesionales sanitarios.
 - 5. El médico responsable del paciente revisa y verifica la atención planificada para cada paciente, registrando una nota en la historia clínica del paciente. (*Véase también ACC.2.1, EM 1*)
 - 6. Se presta la atención planificada.
 - 7. El profesional que presta la atención anotará la atención prestada a cada paciente en la historia clínica del paciente. (*Véanse también ASC.7.2; ASC.5.2, EM 1; y COP.2.3, EM 1*)
-

Estándar COP.2.2

Quienes estén autorizados a emitir órdenes para los pacientes anotan la orden en la historia clínica del paciente, en un lugar uniforme.

Intención de COP.2.2

Las actividades de atención del paciente incluyen órdenes, por ejemplo, para análisis de laboratorio, administración de medicamentos, atención de enfermería y terapia nutricional. Las personas cualificadas serán quienes ordenen los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, entre otros. Dichas órdenes deberán estar en un lugar accesible a fin de ser llevadas a cabo en forma oportuna. La ubicación de las órdenes en una hoja común o en un lugar uniforme dentro de las historias clínicas de los pacientes facilita que se lleven a cabo. Las órdenes por escrito ayudan al personal a entender los puntos específicos de una orden, cuándo debe llevarse a cabo y quién debe hacerlo. Las órdenes pueden estar escritas en una hoja de orden que se transfiere a la historia clínica del paciente en forma periódica o al momento del alta.

Cada organización decide:

- qué órdenes deben hacerse por escrito en vez de verbalmente;
- qué órdenes de pruebas de diagnóstico por imagen y análisis de laboratorio clínico deben proporcionar una indicación/justificación clínica;
- toda excepción en entornos especializados, como departamentos de emergencia y unidades de cuidados intensivos;
- quién está autorizado a emitir órdenes;
- y
- dónde deben ubicarse las órdenes dentro de la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de COP.2.2

- 1. Las órdenes se emiten cuando es necesario y cumplen la política de la organización. (*Véase también MMU.4. EM1*)
 - 2. Las órdenes para exámenes de diagnóstico por imagen y análisis de laboratorio clínico incluyen una indicación/justificación clínica cuando sea necesario para su interpretación.
 - 3. Sólo emiten órdenes quienes están autorizados para hacerlo.
 - 4. Las órdenes se encuentran en un lugar uniforme dentro de los historia clínicas de los pacientes.
-

Estándar COP.2.3

Los procedimientos realizados se anotan en la historia clínica del paciente.

Intención de COP.2.3

Los procedimientos de diagnóstico y demás procedimientos realizados, junto con sus resultados, se anotan en la historia clínica del paciente. Entre tales procedimientos se incluyen endoscopías, cateterismos cardiacos y demás procedimientos de diagnóstico y tratamiento invasivos y no invasivos. (Para procedimientos quirúrgicos, véanse ASC.7.2, EM 2 y COP.2.1, EM 6)

Elementos medibles de COP.2.3

- 1. Los procedimientos realizados se anotan en la historia clínica del paciente.
 - 2. Los resultados de los procedimientos realizados se anotan en la historia clínica del paciente.
-

Estándar COP.2.4

Se informa a los pacientes y a las familias acerca de los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos.

Intención de COP.2.4

El proceso de atención y tratamiento es un ciclo constante de evaluaciones y reevaluaciones, planificación y prestación de atención y evaluación de resultados. Se informa a los pacientes y a las familias acerca de los resultados del proceso de evaluación, sobre la atención y el tratamiento planificados y ellos participan en las decisiones sobre la atención. Por consiguiente, a fin de completar el ciclo de información con los pacientes, es preciso que estén informados de los resultados de la atención y del tratamiento. Esto incluye que se les informe sobre cualquier resultado imprevisto de la atención.

Elementos medibles de COP.2.4

- 1. Se informa a los pacientes y a las familias acerca de los resultados de su atención y tratamiento. (Véase también PFR.2.1.1, EM 1)
- 2. Se informa a los pacientes y a las familias acerca de cualquier resultado imprevisto de su atención y tratamiento. (Véase también PFR.2.1.1, EM 2)

Atención de pacientes de alto riesgo y prestación de servicios de alto riesgo

Estándar COP.3

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de dicha índole.

Intención de COP.3

Las organizaciones sanitarias atienden una variedad de pacientes, con variadas necesidades de atención sanitaria. Algunos pacientes son considerados de alto riesgo debido a su edad, su estado o la naturaleza crítica de sus necesidades. Los niños y los ancianos generalmente se ubican dentro de este grupo ya que con frecuencia no pueden expresarse por sí mismos, no entienden el proceso de atención y no pueden participar en las decisiones respecto a su atención. En forma similar, el paciente de emergencia asustado, confundido o en coma es incapaz de entender el proceso de atención cuando es preciso prestar la atención en forma eficiente y rápida.

Las organizaciones sanitarias también prestan una variedad de servicios, algunos de los cuales son considerados de alto riesgo debido al complejo equipo necesario para tratar una condición que amenaza la vida (pacientes de diálisis), la naturaleza del tratamiento (uso de sangre y hemoderivados), el potencial de daño al paciente (restricción) o los efectos tóxicos de determinados medicamentos de alto riesgo (por ej., la quimioterapia).

Las políticas y procedimientos son herramientas importantes para que el personal comprenda a estos pacientes y servicios y para responder de manera exhaustiva, competente y uniforme. Los líderes son responsables de

- identificar a los pacientes y servicios considerados de alto riesgo en la organización;
- emplear un proceso participativo para elaborar políticas y procedimientos relevantes;
- y
- capacitar al personal para la implementación de las políticas y procedimientos.

Se incluyen en el proceso a los pacientes y servicios identificados en COP.3.1 hasta COP.3.9, cuando estuvieran presentes en la organización. Se incluyen pacientes y servicios adicionales cuando están representados en la población de pacientes y en los servicios de la organización.

Es probable que las organizaciones también deseen identificar los riesgos colaterales como resultado de cualquier procedimiento o plan de atención (por ej., la necesidad de prevenir una flebotrombosis profunda, úlceras de decúbito y caídas). Tales riesgos, cuando están presentes, se pueden prevenir educando al personal y elaborando políticas y procedimientos adecuados. (Véanse también PFR.1.5, EM 1 y 2)

Elementos medibles de COP.3

- 1. Los líderes de la organización identificaron los pacientes y servicios de alto riesgo.
- 2. Los líderes elaboran políticas y procedimientos aplicables.
- 3. El personal recibe capacitación y emplea las políticas y procedimientos para guiar la atención.

Estándar COP.3.1

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes de emergencia.

Estándar COP.3.2

Las políticas y los procedimientos guían el uso de los servicios de resucitación en toda la organización.

Estándar COP.3.3

Las políticas y los procedimientos guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados.

Estándar COP.3.4

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en coma o en soporte vital. (*Véase también* PFR.1.5)

Estándar COP.3.5

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con una enfermedad contagiosa y de los pacientes inmunodeprimidos.

Estándar COP.3.6

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes dializados.

Estándar COP.3.7

Las políticas y procedimientos guían el uso de sujeción y la atención de los pacientes con sujeción.

Estándar COP.3.8

Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes mayores, las personas discapacitadas, los niños y la población en riesgo de abuso.

Estándar COP.3.9

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo.

Intención de COP.3.1 hasta COP.3.9

Las políticas y procedimientos deben hacerse a la medida de la población de pacientes en riesgo o del servicio de alto riesgo en particular, a fin de ser efectivos y adecuados en la reducción del riesgo relacionado. Es particularmente importante que la política o procedimiento identifiquen

- a) la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, u otras consideraciones especiales;
- b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
- c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;
- d) los requisitos de control del paciente;
- e) las cualidades o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención;
- y
- f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.

Las guías de práctica clínica y las vías clínicas suelen ser útiles para elaborar políticas y procedimientos y pueden incorporarse a los mismos. (*Véanse también* PFR.1.4, EM 2; PFR.1.5, EM 2 y AOP.1.7)

Nota: en el caso de los estándares COP.3.1 hasta COP.3.9, los elementos a) hasta f) de la declaración de intención deberán reflejarse en las políticas y procedimientos requeridos.

Elementos medibles de COP.3.1

- 1. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes de emergencia.
- 2. Los pacientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

Elementos medibles de COP.3.2

- 1. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían el uso uniforme de servicios de resucitación en toda la organización.
- 2. La resucitación se lleva a cabo conforme a las políticas y procedimientos.

Elementos medibles de COP.3.3

- 1. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados.
- 2. La sangre y los hemoderivados se administran conforme a las políticas y procedimientos.

Elementos medibles de COP.3.4

- 1. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes en coma.
- 2. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes en soporte vital.
- 3. Los pacientes en coma y los pacientes en soporte vital reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

Elementos medibles de COP.3.5

- 1. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes con enfermedades contagiosas.
- 2. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes inmunodeprimidos.
- 3. Los pacientes inmunodeprimidos y los pacientes con enfermedades contagiosas reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

Elementos medibles de COP.3.6

- 1. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes dializados.
- 2. Los pacientes dializados reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

Elementos medibles de COP.3.7

- 1. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían el empleo de la sujeción.
- 2. Los pacientes con sujeción reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

Elementos medibles de COP.3.8

- 1. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes ancianos delicados y dependientes.
- 2. Los pacientes ancianos delicados y dependientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
- 3. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los niños pequeños y dependientes.
- 4. Los niños pequeños y dependientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.
- 5. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la identificación y la atención de la población de pacientes en riesgo de abuso.
- 6. La población identificada en riesgo de abuso recibe atención conforme a las políticas y procedimientos.

Elementos medibles de COP.3.9

- 1. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo.
- 2. Los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

Terapia de alimentos y nutrición

Estándar COP.4

Hay una variedad de opciones de alimentación adecuadas para el estado nutricional del paciente fácilmente disponibles y que concuerden con su atención clínica.

Intención de COP.4

Los alimentos y la nutrición adecuados son importantes para el bienestar y la recuperación de los pacientes. Hay alimentos adecuados para la edad y las preferencias culturales y alimenticias del paciente y atención planificada disponible de manera regular. El paciente participa en la planificación y selección de alimentos y la familia del paciente podrá, cuando sea adecuado, participar en el suministro de alimentos, en forma coherente con su cultura, religión y demás tradiciones y prácticas. Basándose en las necesidades evaluadas y en el plan de atención del paciente, el médico del paciente u otro profesional cualificado ordenarán los alimentos u otros nutrientes adecuados para el paciente. Cuando la familia del paciente u otras personas suministren alimentos al paciente, habrán sido educados respecto a los alimentos contraindicados conforme a las necesidades y planes de atención del paciente, incluso con información sobre todo medicamento asociado con interacciones con alimentos. Cuando sea posible, se ofrecerá a los pacientes una variedad de opciones de alimentos de acuerdo con su estado nutricional.

Elementos medibles de COP.4

- 1. Los alimentos o la nutrición adecuados para el paciente están regularmente disponibles.
 - 2. Antes de proporcionar alimento, todos los pacientes tienen una orden de alimentación en su historia clínica.
 - 3. La orden se basa en el estado y las necesidades nutricionales del paciente.
 - 4. Los pacientes cuentan con una variedad de opciones de alimentos, según su estado y atención.
 - 5. Cuando las familias suministran los alimentos, están educados sobre las limitaciones de la dieta del paciente.
-

Estándar COP.4.1

La preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de los alimentos son seguros y cumplen con las leyes, reglamentaciones y prácticas actualmente aceptables.

Intención de COP.4.1

La preparación, almacenamiento y distribución de los alimentos se monitoriza para garantizar la seguridad y el cumplimiento con las leyes, reglamentaciones y prácticas actualmente aceptables. Las prácticas de preparación y almacenamiento de alimentos disminuyen el riesgo de contaminación y putrefacción. Los alimentos se distribuyen a los pacientes en horarios específicos. Hay alimentos y productos nutricionales disponibles, incluidos productos de nutrición por sonda, para cubrir las necesidades especiales del paciente.

Elementos medibles de COP.4.1

- 1. Los alimentos se preparan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
 - 2. Los alimentos se almacenan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
 - 3. Los productos nutricionales por sonda se almacenan conforme a las recomendaciones del fabricante.
 - 4. La distribución de alimentos es puntual y se cumplen las solicitudes especiales.
 - 5. Las prácticas cumplen con las leyes, reglamentaciones y prácticas aceptables.
-

Estándar COP.5

Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional.

Intención de COP.5

En la evaluación inicial, se estudia a los pacientes para identificar quiénes corren riesgos nutricionales. Estos pacientes son transferidos a un nutricionista para una evaluación más exhaustiva. Cuando se determina que un paciente corre un riesgo nutricional, se lleva adelante un plan de terapia nutricional. Se controla la evolución del paciente y se deja constancia de la misma en su historia clínica. Los médicos, el personal de enfermería, el servicio de dietética y, cuando correspondiera, la familia del paciente, colaboran en la planificación y la administración de terapia nutricional. (*Véase también* AOP.1.6, intención del estándar)

Elementos medibles de COP.5

- 1. Los pacientes evaluados con riesgos nutricionales reciben terapia nutricional.
- 2. Se emplea un proceso participativo para planificar, administrar y controlar la terapia nutricional. (*Véase también COP.2*)
- 3. Se controla la respuesta del paciente a la terapia nutricional. (*Véase también AOP.2, EM 1*)
- 4. Se deja constancia de la respuesta del paciente a la terapia nutricional en su historia clínica. (*Véase también MCI.19.1, EM 5*)

Gestión del dolor y atención de enfermedades terminales

Los pacientes que se acercan al final de su vida y sus familias, requieren una atención que se centre en sus necesidades únicas. Es posible que los pacientes terminales experimenten síntomas relacionados con la evolución de la enfermedad o con los tratamientos de curación, o que necesiten ayuda para lidiar con los problemas psicosociales, espirituales y culturales asociados con la muerte y el hecho de morir. Puede que las familias y los cuidadores necesiten un descanso de cuidar a un familiar con una enfermedad terminal, o que necesiten ayuda para sobrellevar la pena y la pérdida.

El objetivo de la organización para prestar atención al final de la vida tiene en cuenta el entorno donde se presta la atención o el servicio (como por ejemplo una residencia para enfermos terminales o una unidad de cuidados paliativos), el tipo de servicios prestados y la población de pacientes atendida. La organización elabora procesos para manejar la atención de enfermedades terminales. Estos procesos

- aseguran a los pacientes que sus síntomas serán evaluados y manejados debidamente;
- garantizan que los enfermos terminales sean tratados con dignidad y respeto;
- evalúan a los pacientes con tanta frecuencia como sea necesario para identificar síntomas;
- planifican enfoques preventivos y terapéuticos para manejar síntomas;
- y
- educan a los pacientes y al personal acerca de la gestión del dolor y demás síntomas.

Estándar COP.6

Los pacientes reciben apoyo para la gestión efectiva del dolor.

Intención de COP.6

El dolor puede ser una parte habitual de la experiencia del paciente; el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. Se respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación y manejo adecuados del dolor (*Véase también PFR.2.5, intención del estándar*). Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización cuenta con procesos para evaluar y manejar el dolor en forma adecuada, incluidos

- a) la identificación de pacientes con dolor durante la evaluación inicial y las reevaluaciones;
- b) la gestión del dolor conforme a las guías o protocolos;
- c) la comunicación con los pacientes y las familias y la educación de los mismos, sobre la gestión del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas (*véase también PFR.1.1, EM 1*);
- y
- d) la educación de los profesionales sanitarios sobre la evaluación y la gestión del dolor. (*Véase también PFR.2.4*)

Elementos medibles de COP.6

- 1. Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización cuenta con procesos para identificar a los pacientes que padecen dolor. (*Véase también AOP.1.7, EM 1*)
- 2. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme a las guías sobre gestión del dolor.
- 3. Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización cuenta con procesos para comunicarse con los pacientes y las familias y educarlos, respecto al dolor. (*Véase también PFE.4, EM 5*)
- 4. Basándose en el alcance de los servicios prestados, la organización cuenta con procesos para educar al personal sobre el dolor. (*Véase también SQE.3, EM 1*)

Estándar COP.7

La organización se ocupa de la atención de enfermedades terminales.

Intención de COP.7

Los pacientes en fase terminal tienen necesidades únicas de recibir atención respetuosa y compasiva. Para lograr esto, todo el personal toma conciencia de las necesidades únicas de los pacientes que se encuentran al final de su vida. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente debe guiar todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de la vida. La atención de enfermedades terminales proporcionada por la organización incluye

- a) la prestación del tratamiento adecuado para todo síntoma, conforme a los deseos del paciente y de la familia;
 - b) la atención sensible a temas tales como la autopsia y la donación de órganos;
 - c) el respeto de los valores, la religión y las preferencias culturales del paciente (*véase también* PFR.1.1, EM 1);
 - d) la participación del paciente y de la familia en todos los aspectos de la atención;
- y
- e) una respuesta ante las inquietudes psicológicas, emocionales, espirituales y culturales del paciente y de la familia.

Para lograr estos objetivos, todo el personal toma conciencia de las necesidades únicas de los pacientes al final de la vida. (Véase también PFR.2.5, intención de estándar). La organización evalúa la atención proporcionada al final de la vida mediante la evaluación de la percepción de la familia y los profesionales sobre la atención proporcionada.

Elementos medibles de COP.7

- 1. El personal toma conciencia de las necesidades únicas del paciente hacia el final de su vida.
 - 2. La atención de enfermedades terminales que presta la organización se ocupa de las necesidades de los pacientes terminales incluyendo al menos los elementos a) hasta e) de la declaración de intención.
 - 3. Se evalúa la atención al enfermo terminal a través de la familia y los profesionales.
-

Estándar COP.7.1

La atención del paciente terminal optimiza su comodidad y su dignidad.

Intención de COP.7.1

La organización asegura una atención adecuada para quienes padecen dolor o están muriendo mediante

- una intervención para manejar el dolor y los síntomas primarios o secundarios;
 - la prevención de síntomas y complicaciones en la medida que sea razonablemente posible;
 - intervenciones que se ocupen de las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales del paciente y de la familia respecto a la muerte y el duelo;
 - intervenciones que se ocupen de las inquietudes religiosas y culturales del paciente y de la familia;
- y
- la participación del paciente y de la familia en las decisiones sobre la atención.

Elementos medibles de COP.7.1

- 1. Se realizan intervenciones para manejar el dolor y los síntomas primarios o secundarios. (*Véase también* PFR.2.4, EM 1)
- 2. Se previenen los síntomas y complicaciones en la medida que sea razonablemente posible.
- 3. Las intervenciones abordan las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales del paciente y de la familia respecto a la muerte y el duelo.
- 4. Las intervenciones abordan las inquietudes religiosas y culturales del paciente y de la familia.
- 5. El paciente y la familia participan en las decisiones sobre la atención. (*Véanse también* PFR.2, EM 1 y PFR.2.1, EM 4)



Anestesia y atención quirúrgica (ASC)

Perspectiva general

El uso de anestesia, sedación y las intervenciones quirúrgicas son procesos comunes y complejos dentro de una organización sanitaria. Requieren una evaluación completa e integral del paciente, una planificación de atención integrada, un constante control del paciente y traslados determinados por criterios establecidos para una atención continuada, rehabilitación y una eventual transferencia y alta.

Se entiende como anestesia y la sedación como un conjunto de técnicas que van desde la sedación mínima hasta la anestesia total. Como la respuesta del paciente puede variar a lo largo del proceso, el empleo de la anestesia y la sedación se organiza de forma integrada. Por consiguiente, este capítulo incluye la anestesia y la sedación moderada y profunda, durante las cuales se ponen en riesgo los reflejos de protección del paciente necesarios para desempeñar las funciones respiratorias. Este capítulo no trata el uso de la sedación mínima (ansiolisis). Por consiguiente, el empleo del término “anestesia” incluye la sedación moderada y la profunda.

Nota: los estándares para anestesia y cirugía son aplicables en todos los entornos donde se utilice anestesia y/o sedación moderada o profunda, así como donde se lleven a cabo procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos invasivos que requieran un consentimiento (*véase también* PFR.6.4). Entre tales entornos se incluyen quirófanos en hospitalización, unidades de cirugía ambulatoria para pacientes externos, clínicas dentales y demás clínicas ambulatorias, servicios de emergencia, áreas de cuidados intensivos y otras áreas.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

Organización y gestión

ASC.1 Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes y con los estándares profesionales.

ASC.2 Habrá una o más personas calificadas responsables de gestionar los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda).

Atención de sedación

ASC.3 Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.

Atención de anestesia

ASC.4 Una persona calificada lleva a cabo una evaluación previa a la anestesia y una evaluación previa a la inducción.

ASC.5 Se planifica y documenta la atención de anestesia de cada paciente.

ASC.5.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente, su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.

ASC.5.2 Se anotan la anestesia utilizada y la técnica anestésica en la historia clínica del paciente.

ASC.5.3 Durante la anestesia, se monitoriza permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su historia clínica.

ASC.6 Se controla y documenta el estado posterior a la anestesia de cada paciente y cada paciente es dado de alta del área de recuperación por una persona cualificada o mediante el empleo de los criterios establecidos.

Atención quirúrgica

ASC.7 Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de la evaluación.

ASC.7.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente y su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.

ASC.7.2 Hay un informe quirúrgico o una nota quirúrgica breve en la historia clínica del paciente para facilitar la continuidad asistencial.

ASC.7.3 Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se monitoriza permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su historia clínica.

ASC.7.4 Se planifica y se documenta la atención del paciente después de la cirugía.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Organización y gestión

Estándar ASC.1

Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes y con los estándares profesionales.

Intención de ASC.1

La organización cuenta con un sistema para proporcionar los servicios de anestesia (incluidas la sedación moderada y profunda) requeridos por su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los profesionales sanitarios. Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.

Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) pueden prestarse dentro de la organización, en otra organización mediante un acuerdo, o de ambas formas. Hay servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de emergencia.

Toda utilización de fuentes externas de anestesia se basa en la recomendación del director y demás personas responsables de los servicios de anestesia/sedación. Las fuentes externas cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes y cuentan con un registro aceptable de calidad y seguridad del paciente.

Elementos medibles de ASC.1

- 1. Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.
- 2. Hay servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades del paciente.
- 3. Hay servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de emergencia.
- 4. Las fuentes externas se seleccionan basándose en recomendaciones del director, en su registro aceptable de desempeño y en el cumplimiento con las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar ASC.2

Habrá una o más personas calificadas responsables de gestionar los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda).

Intención de ASC.2

Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) se encuentran bajo la dirección de una o más personas calificadas por su capacitación, competencia y experiencia documentadas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes. Esta o estas personas asumen la responsabilidad profesional de los servicios de anestesia proporcionados. Las responsabilidades incluyen

- la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- el mantenimiento de todo programa necesario de control de calidad;
- la recomendación de fuentes externas de servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda);
- y
- el control y la revisión de todos los servicios de anestesia.

Elementos medibles de ASC.2

- 1. Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) se llevan a cabo de manera uniforme en toda la organización. (*Véase también* COP.1, EM 1)
- 2. Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) se encuentran bajo la dirección de una o más personas cualificadas (*Véanse también* GLD.5)
- 3. Las responsabilidades sobre la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos están definidas y se llevan a cabo.
- 4. Las responsabilidades sobre el mantenimiento de programas de control de calidad están definidas y se llevan a cabo.
- 5. Las responsabilidades sobre la recomendación de fuentes externas de servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) están definidas y se llevan a cabo. (*Véase también* GLD.3.3, EM 1)
- 6. Las responsabilidades sobre el control y la revisión de todos los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) están definidas y se llevan a cabo.

Atención de sedación

Estándar ASC.3

Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.

Intención de ASC.3

La sedación, en particular la sedación moderada y profunda, representa riesgos para los pacientes y por consiguiente es preciso administrarla empleando definiciones, políticas y procedimientos claros. Los grados de sedación tienen lugar en forma consecutiva y un paciente puede progresar de un grado a otro según los medicamentos administrados, la vía de administración y las dosis. Entre los elementos importantes a tener en cuenta se incluyen la capacidad del paciente para mantener los reflejos de protección, una vía respiratoria independiente y continua y la respuesta a los estímulos físicos o las órdenes verbales.

Las políticas y procedimientos de sedación identifican

- a) la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, u otras consideraciones especiales;
- b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
- c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;
- d) los requisitos de frecuencia y tipo de monitorización del paciente;
- e) las cualificaciones o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de sedación;
- y
- f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.

También son importantes las cualificaciones del médico, odontólogo u otra persona cualificada responsable de que el paciente reciba sedación moderada y profunda. La persona debe ser competente en

- a) técnicas de varios modos de sedación;
- b) la monitorización adecuada;
- c) la respuesta ante complicaciones;
- d) el empleo de agentes de reversión;
- y
- e) al menos reanimación básica.

La persona responsable cualificada realiza al paciente una evaluación previa a la sedación, para asegurarse de que la sedación y el nivel de sedación planificados sean adecuados para el paciente. La política de la organización define el alcance y el contenido de esta evaluación.

Además del médico o el odontólogo, hay una persona cualificada responsable de llevar a cabo una monitorización ininterrumpida de los parámetros fisiológicos del paciente y de prestar asistencia en las medidas de apoyo o resucitación. Las cualificaciones de la persona que realiza la monitorización y que proporciona el equipo y suministros de monitorización son las mismas que para la sedación proporcionada en otros entornos de la organización, por ejemplo en la sala de operaciones y en la clínica odontológica ambulatoria. Por consiguiente, se mantiene un único nivel de atención. (Véanse también COP.1, EM 3 y GLD.3.2.1, EM 3)

Elementos medibles de ASC.3

- 1. Hay políticas y procedimientos adecuados, que abordan al menos los elementos a) hasta f) de la declaración de intención, para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda. (Véanse también AOP.2, EM 2; COP.1 EM3; y MMU.4, EM 1)
- 2. La o las personas cualificadas identificadas en ASC.2 participan en la elaboración de las políticas y procedimientos.
- 3. Hay una evaluación previa a la sedación, que se lleva a cabo conforme a la política de la organización (Véanse también AOP.1.1 EM1), a fin de estudiar los riesgos y la idoneidad de la sedación para el paciente.
- 4. El facultativo cualificado responsable de la sedación cuenta con cualificaciones en al menos los elementos g) hasta k) de la declaración de intención.
- 5. Una persona cualificada monitoriza al paciente durante la sedación y durante el período de recuperación de la sedación y documenta la monitorización.
- 6. Se desarrollan y documentan criterios establecidos para la recuperación y el alta del área de sedación.
- 7. La sedación moderada y profunda se administra conforme a la política del hospital.

Atención de anestesia

Estándar ASC.4

Una persona cualificada lleva a cabo una evaluación previa a la anestesia y una evaluación previa a la inducción.

Intención de ASC.4

Como la anestesia conlleva un alto riesgo, su administración se planifica minuciosamente. La evaluación del paciente previa a la anestesia es la base de dicho plan y del empleo de analgesia postoperatoria. La evaluación previa a la anestesia proporciona información necesaria para

- seleccionar la anestesia y el plan de atención de anestesia;
- administrar el anestésico adecuado de forma segura;
- e
- interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La evaluación previa a la anestesia la realiza un anestesista u otra persona cualificada. La evaluación previa a la anestesia puede llevarse a cabo un tiempo antes de la admisión o del procedimiento quirúrgico, o poco tiempo antes del procedimiento en el caso de pacientes urgentes u obstétricos.

La evaluación previa a la inducción es independiente de la evaluación pre-anestésica puesto que se centra en la estabilidad fisiológica del paciente y si está listo para recibir la anestesia, y se lleva a cabo inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.

Cuando se administra anestesia en una situación de emergencia, la evaluación preanestésica y la evaluación previa a la inducción se pueden realizar una inmediatamente después que la otra o de forma simultánea, pero se deben documentar de forma independiente.

Elementos medibles de ASC.4

- 1. Se realiza una evaluación previa a la anestesia a cada paciente. (*Véase también* AOP.1.1, EM 1)
 - 2. Se realiza una evaluación previa a la inducción independiente, para reevaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
 - 3. Las dos evaluaciones las realizan personas calificadas para hacerlo.
 - 4. Las dos evaluaciones se documentan en la historia clínica.
-

Estándar ASC.5

Se planifica y documenta la atención de anestesia de cada paciente.

Intención de ASC.5

La atención de anestesia se planifica minuciosamente y se documenta en la historia clínica de anestesia. El plan tiene en cuenta la información de otras evaluaciones al paciente e identifica la anestesia a utilizar, el método de administración, otros medicamentos y líquidos, los procedimientos de control y la atención posterior a la anestesia prevista.

Elementos medibles de ASC.5

- 1. Se planifica la atención de anestesia de cada paciente.
 - 2. Se documenta el plan.
-

Estándar ASC.5.1

Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente, su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.

Intención de ASC.5.1

El proceso de planificación de la anestesia incluye la educación del paciente, de su familia o de las personas responsables de tomar decisiones, sobre los riesgos, beneficios y alternativas relacionados con la anestesia planificada y la analgesia postoperatoria. Esta discusión tiene lugar como parte del proceso de obtención de consentimiento para la anestesia (incluidas la sedación moderada y profunda), tal como se exige en PFR.6.4, EM 2. Esta educación la imparte un anestesista o una persona calificada.

Elementos medibles de ASC.5.1

- 1. Se educa al paciente, la familia y las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia.
 - 2. Esta educación la imparte un anestesista u otra persona calificada.
-

Estándar ASC.5.2

Se anotan la anestesia utilizada y la técnica anestésica en la historia clínica del paciente.

Intención de ASC.5.2

Se anotan la anestesia utilizada y la técnica anestésica en el registro de anestesia del paciente.

Elementos medibles de ASC.5.2

- 1. Se anota la anestesia utilizada en el registro de anestesia del paciente. (*Véanse también* COP.2.1, EM 6 y MCI.19.1, EM 4)
- 2. Se anota la técnica de anestesia utilizada en el registro de anestesia del paciente.
- 3. Se anota el nombre del anestesista y/o la enfermera responsable de la anestesia y la auxiliar de anestesia en el registro de anestesia del paciente.

Estándar ASC.5.3

Durante la anestesia, se monitoriza permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su historia clínica.

Intención de ASC.5.3

La monitorización fisiológica ofrece información fiable acerca del estado del paciente durante la anestesia (general, espinal o local) y el período de recuperación. Los métodos de monitorización dependen del estado del paciente previo a la anestesia, la elección de anestesia y la complejidad del procedimiento quirúrgico o de otro tipo realizado durante la anestesia. No obstante, en todos los casos, el proceso de monitorización durante la anestesia es continuo y los resultados se anotan en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de ASC.5.3

- 1. Las políticas y procedimientos de la organización establecen la frecuencia mínima y el tipo de monitorización durante la anestesia y es uniforme para todos los pacientes que reciban anestesia en cualquier área en que se administre anestesia.
 - 2. Se monitoriza el estado fisiológico durante la administración de anestesia de acuerdo a las políticas y procedimientos de la organización. (*Véase también AOP.2, EM 1 y 2*)
 - 3. Los resultados de la monitorización se anotan en la historia clínica de anestesia del paciente. (*Véase también MCI.19.1, EM 4*)
-

Estándar ASC.6

Se controla y documenta el estado posterior a la anestesia de cada paciente y cada paciente es dado de alta del área de recuperación por una persona cualificada o mediante el empleo de los criterios establecidos.

Intención de ASC.6

El control durante la anestesia es la base del control durante el período de recuperación posterior a la anestesia. La recogida y el análisis de datos, de forma continua y sistemática, sobre el estado del paciente en recuperación respaldan las decisiones sobre el traslado del paciente a otros entornos y a servicios menos intensivos. El registro de los datos de monitorización proporciona la documentación para respaldar las decisiones del alta.

El alta del área de recuperación posterior a la anestesia o la finalización de la monitorización de recuperación se da a través de una de las siguientes alternativas:

- a) Un anestesiólogo totalmente cualificado u otra persona autorizada por la o las personas responsables de gestionar los servicios de anestesia dan de alta al paciente (o finalizan la monitorización de recuperación).
- b) Un miembro del personal de enfermería o una persona con cualificaciones similares dan de alta al paciente (o finalizan la monitorización de recuperación) conforme a los criterios para la atención posterior a la anestesia establecidos por los líderes del hospital, y la historia clínica del paciente evidencia que se cumplen los criterios.
- c) El paciente es dado de alta y trasladado a una unidad diseñada de forma adecuada para la atención posterior a la anestesia o sedación de determinados pacientes, como por ejemplo una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras.

Se registran la hora de llegada al área de recuperación y la hora del alta de la misma.

Elementos medibles de ASC.6

- 1. Durante el período de recuperación posterior a la anestesia, se monitoriza a los pacientes según establece la política de la organización. (*Véase también AOP.2, EM 3*)
- 2. Los hallazgos de la monitorización se documentan en la historia clínica del paciente mediante entradas manuales o electrónicas. (*Véase también MCI.19.1, EM 4*)
- 3. Los pacientes son dados de alta de la unidad de recuperación posterior a la anestesia (o se finaliza la monitorización de recuperación) conforme a las alternativas descritas en a) hasta c) de la declaración de intención.
- 4. Se registra la hora en que empieza la recuperación y la hora en que finaliza en la historia clínica del paciente.

Atención quirúrgica

Estándar ASC.7

Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de la evaluación.

Intención de ASC.7

Como la cirugía conlleva un alto riesgo, su utilización se planifica minuciosamente. La o las evaluaciones del paciente son la base de la selección del procedimiento quirúrgico adecuado. La o las evaluaciones proporcionan la información necesaria para

- seleccionar el procedimiento adecuado y el momento ideal;
- llevar a cabo los procedimientos de forma segura;
- e
- interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La selección del procedimiento depende de la historia del paciente, su estado físico y los datos del diagnóstico, así como también de los riesgos y beneficios que conlleva el procedimiento para el paciente. La selección del procedimiento tiene en cuenta la información de la evaluación en la admisión, los análisis de diagnóstico y demás fuentes disponibles. El proceso de evaluación se lleva a cabo en un plazo de tiempo corto en caso de que un paciente de emergencia necesite ser intervenido.

La atención quirúrgica planificada para el paciente se documenta en la historia clínica del paciente, incluido un diagnóstico preoperatorio. El nombre del procedimiento quirúrgico por sí solo no constituye un diagnóstico.

Elementos medibles de ASC.7

- 1. El médico responsable del procedimiento documenta en la historia clínica del paciente toda la información de la evaluación utilizada para planificar y justificar el procedimiento invasivo antes de que se lleve a cabo. (*Véanse también* AOP.1.5.1, EM 1; AOP.5.3, EM 3 y AOP.6.4, EM 3)
- 2. Se planifica la atención quirúrgica de cada paciente en base a la información de la evaluación. (*Véanse también* AOP.1.5.1, EM 1).
- 3. Antes de llevar a cabo el procedimiento, se documenta un diagnóstico preoperatorio y el procedimiento planificado en la historia clínica del paciente. (*Véase también* AOP.1.5.1, EM 1; MCI.19.1, EM 3)

Estándar ASC.7.1

Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente y su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.

Intención de ASC.7.1

Los pacientes y las familias, o las personas responsables de la toma de decisiones, reciben la información adecuada para participar en las decisiones de atención y otorgar el consentimiento informado exigido en PFR.6.4. La información incluye

- los riesgos del procedimiento planificado;
- los beneficios del procedimiento planificado;
- las posibles complicaciones;
- y
- las opciones (alternativas) quirúrgicas y no quirúrgicas disponibles para tratar al paciente.

Además, cuando puedan necesitarse sangre o hemoderivados, se comentará la información sobre los riesgos y las alternativas. El cirujano del paciente, u otra persona cualificada, proporcionará esta información.

Elementos medibles de ASC.7.1

- 1. Se educa al paciente, a la familia y a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y posibles complicaciones y alternativas relacionados con el procedimiento quirúrgico planificado. (Véase también PFR.6.4, EM 1)
 - 2. La educación incluye la necesidad, el riesgo, los beneficios y las alternativas respecto al uso de sangre y hemoderivados.
 - 3. El cirujano del paciente, u otra persona cualificada, imparte la educación. (Véase también PFR.6.1, EM 2)
-

Estándar ASC.7.2

Hay un informe quirúrgico o una nota quirúrgica breve en la historia clínica del paciente para facilitar la continuidad asistencial.

Intención de ASC.7.2

La atención postquirúrgica de un paciente depende de los acontecimientos y hallazgos del procedimiento quirúrgico. Por consiguiente, la historia clínica del paciente incluye un diagnóstico postoperatorio, una descripción del procedimiento quirúrgico y de los hallazgos (incluidas muestras quirúrgicas enviadas para ser examinadas) y los nombres del cirujano y de los asistentes quirúrgicos. A fin de respaldar la continuidad de la atención de apoyo posquirúrgica, el informe o notas quirúrgicas documentadas estarán disponibles antes de que el paciente salga del área de recuperación posterior a la anestesia. (Véase también COP.2.1, EM 6)

Antes de que el paciente salga del área de recuperación posterior a la anestesia se puede documentar una nota quirúrgica breve en lugar del informe quirúrgico. El contenido mínimo del informe quirúrgico o de la nota quirúrgica incluye:

- a) diagnóstico postoperatorio
- b) nombre del cirujano que realizó la operación y los ayudantes
- c) nombre del procedimiento
- d) muestras quirúrgicas enviadas a analizar
- e) mención específica a las complicaciones o la ausencia de complicaciones durante el procedimiento, incluyendo la cantidad de sangre perdida; y
- f) fecha, hora y firma del médico responsable.

Elementos medibles de ASC.7.2

- 1. El informe quirúrgico o la nota quirúrgica breve incluye los elementos de a) a f) de la intención del estándar.
 - 2. Se documenta una descripción del procedimiento quirúrgico, de los hallazgos y de toda muestra quirúrgica. (Véanse también COP.2.3, EM 1 y 2)
 - 3. Se documentan los nombres del cirujano y de los asistentes quirúrgicos.
 - 4. El informe quirúrgico documentado, o una nota quirúrgica breve, están disponibles en la historia clínica del paciente antes de que el paciente salga del área de recuperación posterior a la anestesia.
-

Estándar ASC.7.3

Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se monitoriza permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su historia clínica.

Nota: sólo se puntuará negativamente este estándar si el procedimiento se ha llevado a cabo con anestesia local, no con anestesia o sedación general o regional.

Intención de ASC.7.3

El estado fisiológico del paciente se monitoriza durante la cirugía e inmediatamente después de la misma. La monitorización se adecua al estado del paciente y al procedimiento realizado.

Los resultados de la monitorización activan las decisiones intra operatorias, al igual que las decisiones postoperatorias tales como una nueva intervención quirúrgica, la transferencia a otro nivel de atención o el alta. La monitorización de la información guía la atención médica y de enfermería, e identifica la necesidad

de diagnóstico y otros servicios. Los hallazgos de la monitorización se documentan en la historia clínica del paciente. Este requisito está relacionado con el mismo requisito de monitorización fisiológica durante la anestesia (*véase también* ASC.5.3). Se califica aquí sólo si el procedimiento se realizó bajo anestesia local, sin anestesia general o regional ni sedación.

Elementos medibles de ASC.7.3

- 1. El estado fisiológico del paciente se monitoriza permanentemente durante la cirugía. (*Véase también* AOP.2, EM 1)
 - 2. Los hallazgos se documentan en la historia clínica del paciente. (*Véase también* MCI.19.1, EM 4)
-

Estándar ASC.7.4

Se planifica y se documenta la atención del paciente después de la cirugía.

Intención de ASC.7.4

Las necesidades de atención médica y de enfermería posquirúrgicas de cada paciente son diferentes. Por lo tanto, es necesario planificar dicha atención, incluido el nivel de atención, el entorno de atención, el control o tratamiento de seguimiento y la necesidad de medicamentos. La planificación de la atención posquirúrgica puede comenzar antes de la cirugía, basándose en las necesidades evaluadas y en el estado del paciente. La atención planificada se documenta en la historia clínica del paciente a fin de asegurar la continuidad de los servicios durante el período de recuperación o rehabilitación.

Elementos medibles de ASC.7.4

- 1. Se planifica la atención posquirúrgica inmediata de cada paciente, incluyendo atención médica, de enfermería y demás atención posquirúrgica indicada en base a la situación de cada paciente.
- 2. El o los planes posquirúrgicos se documentan en la historia clínica del paciente por el cirujano responsable o, si lo documenta un profesional delegado por el cirujano responsable, este lo revisa y los dos firman el documento.
- 3. El plan de cuidados de enfermería posquirúrgicos se documenta en la historia clínica del paciente.
- 4. Cuando sea necesario por la situación del paciente, el plan de atención posquirúrgica llevada a cabo por otros profesionales se documenta en la historia clínica.
- 5. El plan de atención posquirúrgica se documenta en la historia clínica del paciente en las 24 horas posteriores a la cirugía.
- 6. Se lleva a cabo el plan de atención posquirúrgica.



Gestión y uso de medicamentos (MMU)

Perspectiva general

La gestión de la medicación es un componente importante de los tratamientos paliativos, sintomáticos, preventivos y de curación de enfermedades y trastornos. La gestión de la medicación abarca el sistema y los procesos que emplea una organización para administrar farmacoterapias a sus pacientes. Esto es, generalmente, un esfuerzo multidisciplinario y coordinado del personal de una organización sanitaria, que aplica los principios de diseño, implementación y mejora efectivos del proceso para seleccionar, adquirir, almacenar, ordenar/recetar, transcribir, distribuir, preparar, dispensar, administrar, documentar y controlar las terapias con medicamentos. Si bien los roles de los profesionales sanitarios en la gestión de la medicación varían mucho de un país a otro, los procesos sólidos de gestión de la medicación para la seguridad del paciente son universales.

Nota: se entiende por medicación cualquier prescripción de medicación; muestra de medicamentos; remedios herbales, vitaminas, medicación sin receta, vacunas o agentes diagnósticos o de contraste utilizados para administrar a los pacientes con fines diagnósticos, terapéuticos, preventivos o para otros problemas; medicación radiológica; tratamiento respiratorio; nutrición parenteral; derivados sanguíneos y soluciones intravenosas (simples, con electrolitos y/o con medicación).

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase también la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

Organización y gestión

MMU.1 El uso de medicamentos en la organización cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes y está organizado a fin de cubrir las necesidades del paciente.

MMU.1.1 La farmacia o el servicio farmacéutico está supervisado por un farmacéutico o un técnico debidamente habilitados, u otro profesional capacitado.

Selección y adquisición

MMU.2 Se cuenta con una selección adecuada de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles para recetar u ordenar.

MMU.2.1 Existe un método de supervisión de la lista de medicamentos de la organización y del uso de los medicamentos.

MMU.2.2 La organización puede obtener de inmediato los medicamentos que no tiene en existencia o que no están normalmente disponibles para la organización, o cuando la farmacia está cerrada.

Almacenamiento

MMU.3 Los medicamentos se almacenan de manera debida y segura.

MMU.3.1 La política de la organización apoya el almacenamiento adecuado de los medicamentos y productos de nutrición correspondientes.

MMU.3.2 Los medicamentos de emergencia que se guardan fuera de la farmacia están disponibles, controlados y almacenados en forma segura.

MMU.3.3 La organización cuenta con un sistema de retirada de circulación de medicamentos.

Orden y transcripción

MMU.4 Hay políticas y procedimientos que guían las recetas, órdenes y transcripciones de medicamentos.

MMU.4.1 La organización define los elementos de una orden o receta completa y los tipos de órdenes cuyo uso es aceptable.

MMU.4.2 La organización identifica a las personas cualificadas que tienen autorización para recetar u ordenar medicamentos.

MMU.4.3 Los medicamentos recetados y administrados se anotan en la historia clínica del paciente.

Preparación y dispensación

MMU.5 Los medicamentos se preparan y dispensan en un entorno seguro e higiénico.

MMU.5.1 Se revisa la idoneidad de las recetas u órdenes de medicamentos.

MMU.5.2 Se emplea un sistema para dispensar los medicamentos en la dosis correcta, al paciente correcto y a la hora correcta.

Administración

MMU.6 La organización identifica a las personas cualificadas autorizadas para administrar medicamentos.

MMU.6.1 La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que los medicamentos sean los correctos según la orden de medicación.

MMU.6.2 Hay políticas y procedimientos que rigen el uso de medicamentos traídos a la organización para que el paciente se autoadministre, o a modo de muestras.

Monitorización

MMU.7 Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.

MMU.7.1 Los errores en la administración de medicamentos y los incidentes de seguridad que no llegan al paciente se notifican mediante el proceso y en el plazo de tiempo definidos por la organización.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Organización y gestión

Estándar MMU.1

El uso de medicamentos en la organización cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes y está organizado a fin de cubrir las necesidades del paciente.

Intención de MMU.1

Los medicamentos, como un importante recurso en la atención al paciente, deben organizarse de manera efectiva y eficiente. La gestión de la medicación no es sólo responsabilidad del servicio de farmacia, sino también de los gerentes y profesionales sanitarios. El modo en que se comparte esta responsabilidad depende de la estructura y los recursos humanos de la organización. En los casos en los que no existe una farmacia, los medicamentos deben gestionarse en cada unidad clínica, según la política de la organización. En otros casos, cuando existe una gran farmacia central, dicha farmacia podrá organizar y controlar los medicamentos de toda la organización. La gestión efectiva de los medicamentos incluye todas las áreas de la organización, las unidades de hospitalización, las ambulatorias y las especializadas. Las leyes y reglamentaciones correspondientes se incorporan en la estructura organizativa y en las operaciones del sistema de gestión de la medicación empleado en la organización.

A fin de garantizar el manejo y el uso eficientes y efectivos de los medicamentos, la organización lleva a cabo una revisión del sistema, al menos una vez al año. La revisión anual incluye toda la información y la experiencia relacionada con la gestión de la medicación, por ejemplo:

- El correcto funcionamiento del sistema en relación a:
 - o la selección y adquisición de medicamentos,
 - o almacenaje;
 - o orden y transcripción;
 - o preparación y dispensación; y
 - o administración y monitorización.
- Monitorización de cualquier cambio realizado en la guía farmacológica, como la incorporación de medicación
- Monitorización de errores de medicación e incidentes de medicación que no llegaron al paciente
- Necesidades de formación identificadas
- Consideraciones de nuevas prácticas basadas en la evidencia

La revisión permite a la organización comprender la necesidad y prioridad de mejoras continuas del sistema en cuanto a la calidad y la seguridad en el uso de la medicación.

Elementos medibles de MMU.1

- 1. Existe un plan, política u otro documento que identifica el modo en que los medicamentos se organizan y gestionan en toda la organización.
- 2. Se incluyen en la estructura organizativa todas las áreas, servicios y personas que gestionan procesos de medicación.
- 3. Hay políticas que guían todas las fases de la gestión de la medicación y el uso de medicamentos dentro de la organización.
- 4. Existe al menos una revisión documentada del sistema de gestión de medicamentos dentro de los 12 meses previos.
- 5. La farmacia y el uso de medicamentos cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes.
- 6. Las fuentes adecuadas de información sobre los fármacos están fácilmente disponibles para quienes participan en el uso del medicamento.

Estándar MMU.1.1

La farmacia o el servicio farmacéutico está supervisado por un farmacéutico o un técnico debidamente habilitados, u otro profesional capacitado.

Intención de MMU.1.1

Una persona cualificada supervisa directamente las actividades de la farmacia o del servicio farmacéutico. La persona cuenta con las habilitaciones, certificaciones y capacitación debidas. La supervisión incluye todos los procesos descritos desde MMU.2 hasta MMU.5 y la participación en MMU.7 hasta MMU.7.1.

Elementos medibles de MMU.1.1

- 1. Hay una persona debidamente habilitada, certificada y capacitada que supervisa todas las actividades. (Véase también GLD.5, EM 1)
- 2. La persona supervisa los procesos descritos en MMU.2 hasta MMU.5.

Selección y adquisición

Estándar MMU.2

Se cuenta con una selección adecuada de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles para recetar u ordenar.

Intención de MMU.2

Cada organización debe decidir qué medicamentos tendrá a disposición para que los profesionales sanitarios receten y ordenen. Esta decisión estará basada en la misión de la organización, las necesidades del paciente y los tipos de servicios prestados. La organización elabora una lista (a menudo denominada guía farmacoterapéutica) de todos los medicamentos que tiene en existencia o que están inmediatamente disponibles de fuentes externas. En algunos casos, hay leyes o reglamentaciones que determinan los medicamentos de la lista o la fuente de dichos medicamentos. La selección de medicamentos es un proceso participativo que tiene en cuenta las necesidades del paciente y su seguridad, así como el aspecto económico.

Muy de vez en cuando, es posible que no haya algún medicamento debido a retrasos en la entrega, escasez a nivel nacional o por otros motivos imprevistos por control habitual del inventario. Existe un proceso para notificar a quienes recetan la falta de dichos medicamentos, así como también para sugerir medicamentos alternativos.

Elementos medibles de MMU.2

- 1. Existe una lista de medicamentos en existencias dentro de la organización o a inmediata disposición, de fuentes externas.
- 2. Se utiliza un proceso participativo para elaborar la lista (salvo que lo haya determinado una reglamentación o una autoridad ajena a la organización).
- 3. Existe un proceso establecido para casos en los que no esté disponible algún medicamento, que incluye la notificación a quienes recetan y sugerencias de alternativas.

Estándar MMU.2.1

Existe un método de supervisión de la lista de medicamentos de la organización y del uso de los medicamentos.

Intención de MMU.2.1

La organización posee un método, como por ejemplo la designación de un comité, para mantener y controlar la lista de medicamentos y controlar el uso de los medicamentos en la organización. Entre los involucrados en

la supervisión de la lista están incluidos los facultativos que participan en el proceso de ordenar, dispensar, administrar y controlar los medicamentos. Hay criterios que guían las decisiones respecto a agregar o eliminar medicamentos de la lista; dichos criterios incluyen las indicaciones de uso, efectividad, riesgos y costes. Existe un proceso o mecanismo para controlar la respuesta del paciente a los medicamentos recién añadidos. Por ejemplo, cuando se toma la decisión de agregar un nuevo tipo de medicamento o una nueva clase de fármacos a la lista, existe un proceso para controlar la idoneidad de la indicación, la forma en que se receta el fármaco (dosis o vía, por ejemplo) y cualquier evento adverso imprevisto o las condiciones asociadas con el nuevo fármaco durante el período introductorio.

La lista se revisa al menos una vez al año, basándose en la información actualizada sobre seguridad y eficacia y la información sobre el uso y los eventos adversos. La gestión general de los medicamentos incluye la necesidad de garantizar que los medicamentos estén protegidos contra robo o extravío, tanto en la farmacia como en cualquier otro sitio donde se almacenen o dispensen medicamentos.

Elementos medibles de MMU.2.1

- 1. Existe un método de supervisión del uso de medicamentos en la organización.
- 2. Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en toda la organización.
- 3. Los facultativos que participan en los procesos de ordenar, dispensar, administrar y controlar los medicamentos participan en la evaluación y el mantenimiento de la lista de medicamentos.
- 4. Hay criterios que guían las decisiones de agregar o eliminar medicamentos de la lista.
- 5. Cuando se añaden nuevos medicamentos a la guía, existe un proceso o mecanismo para controlar la utilización de la medicación y cualquier posible evento adverso imprevisto.
- 6. La lista se revisa al menos una vez al año, basándose en la información sobre seguridad y eficacia.

Estándar MMU.2.2

La organización puede obtener de inmediato los medicamentos que no tiene en existencia o que no están normalmente disponibles para la organización, o cuando la farmacia está cerrada.

Intención de MMU.2.2

De vez en cuando se necesitan medicamentos de los que no hay existencia o que no están a inmediata disposición de la organización. Existe un proceso para aprobar y obtener tales medicamentos. Además, en algunas ocasiones se necesitan medicamentos durante la noche, cuando la farmacia está cerrada o cuando el suministro de medicamentos está bajo llave. Cada organización necesita un plan para estos casos y forma al personal sobre los procedimientos a seguir en caso de que ocurran. (*Véase también* GLD.3.2.1, EM 2)

Elementos medibles de MMU.2.2

- 1. Existe un proceso para aprobar y obtener medicamentos necesarios de los que no hay existencia o que no están normalmente a disposición de la organización. (*Véase también* GLD.3.2.1, EM 1)
- 2. Existe un proceso para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o el suministro de medicamentos está bajo llave. (*Véase también* GLD.3.2.1, EM 2)
- 3. El personal comprende los procesos.

Almacenamiento

Estándar MMU.3

Los medicamentos se almacenan de manera debida y segura.

Intención de MMU.3

Los medicamentos se pueden guardar en un área de almacenamiento, en una farmacia o servicio farmacéutico, en las unidades de atención al paciente, en unidades de farmacia o en las estaciones de enfermería dentro de la unidad de hospitalización. MMU.1 proporciona el mecanismo de supervisión para todos los lugares donde se guardan medicamentos. En todos los lugares donde se guardan medicamentos, se evidencia:

- a) los medicamentos se guardan en condiciones adecuadas para la estabilidad del producto;
- b) se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes;
- c) los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetados con su contenido, fechas de caducidad y advertencias;
- d) los electrolitos concentrados no se guardan en las unidades de atención, salvo que sea necesario desde el punto de vista clínico, y cuando se guardan dentro de las unidades de atención hay medidas implementadas para evitar su administración involuntaria (establecidas en los objetivos internacionales para la seguridad del paciente 3, EM 1 y 2);
- e) todas las áreas de almacenamiento de medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del hospital, para asegurar que los medicamentos estén debidamente almacenados;
- y
- f) la política de la organización define cómo se identifican y guardan los medicamentos que el paciente trae consigo.

Elementos medibles de MMU.3

Cada elemento incluido en la declaración de intención, de a) hasta f), se marca en forma separada ya que representan áreas críticas o de alto riesgo.

- 1. Los medicamentos se guardan en condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.
 - 2. Se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.
 - 3. Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetados con su contenido, fechas de caducidad y advertencias.
 - 4. Todas las áreas de almacenamiento de medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del hospital, para asegurar que los medicamentos estén debidamente almacenados.
 - 5. La política de la organización define cómo se identifican y guardan los medicamentos que el paciente trae consigo.
-

Estándar MMU.3.1

La política de la organización apoya el almacenamiento adecuado de los medicamentos y productos de nutrición correspondientes.

Intención de MMU.3.1

Existen algunos tipos de medicamentos que, debido a su alto riesgo (medicamentos radiactivos), circunstancias inusuales (traídos por el paciente), la oportunidad para abusar de ellos o hacer mal uso (medicamentos de muestra y medicamentos de emergencia) o su naturaleza especial (productos nutricionales pertinentes) están especialmente abordados en las políticas que guían el almacenaje y el control de su uso. Las políticas abordan el proceso de recepción, identificación de los medicamentos y si fuera necesario, del almacenamiento y de todo tipo de distribución.

Elementos medibles de MMU.3.1

- 1. La política de la organización define el modo en que se almacenan adecuadamente los productos nutricionales.
 - 2. La política de la organización define el modo en que se almacenan los medicamentos radiactivos, experimentales y de naturaleza similar.
 - 3. La política de la organización define el modo en que se almacenan y controlan los medicamentos de muestra.
 - 4. Todo almacenamiento se realiza de acuerdo a la política de la organización.
-

Estándar MMU.3.2

Los medicamentos de emergencia que se guardan fuera de la farmacia están disponibles, controlados y almacenados en forma segura.

Intención de MMU.3.2

Cuando ocurre una emergencia con un paciente, es fundamental el rápido acceso a los medicamentos de emergencia. Cada organización planifica la ubicación de los medicamentos de emergencia y los medicamentos a ser suministrados en dichas situaciones. Por ejemplo, en las salas de operaciones se encuentran agentes para revertir la anestesia. A estos efectos pueden utilizarse gabinetes, carros, bolsas o cajas de emergencia. A fin de asegurar el acceso a los medicamentos de emergencia cuando sean necesarios, la organización implementa un procedimiento o proceso para evitar el abuso, robo o extravío de los medicamentos. El proceso asegura que los medicamentos sean reemplazados cuando se usan, se dañan o caducan. Por consiguiente, la organización entiende el equilibrio entre el acceso rápido y la seguridad de los sitios donde se almacenan los medicamentos de emergencia.

Elementos medibles de MMU.3.2

- 1. Los medicamentos de emergencia están disponibles en las unidades en las que serán necesarios, o estarán fácilmente accesibles dentro de la organización, para cumplir con las necesidades de emergencia. (Véase también GLD.3.2.1, EM 1 y MMU.2.2, EM 1)
 - 2. La política de la organización define el modo en que los medicamentos de emergencia están almacenados, controlados y protegidos contra extravíos o robos.
 - 3. Los medicamentos de emergencia se controlan y reemplazan oportunamente de acuerdo a la política de la organización después de usarse o cuando caducan o se dañan.
-

Estándar MMU.3.3

La organización cuenta con un sistema de retirada de circulación de medicamentos.

Intención de MMU.3.3

La organización cuenta con un proceso para identificar, recuperar y devolver o destruir de forma segura y adecuada medicamentos retirados de circulación por su fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que se ocupa de todo uso o destrucción de medicamentos vencidos o caducados.

Elementos medibles de MMU.3.3

- 1. Hay un sistema implementado de retirada de circulación de medicamentos.
 - 2. Las políticas y procedimientos abordan todo uso de los medicamentos vencidos o caducados.
 - 3. Las políticas y procedimientos abordan la destrucción de los medicamentos vencidos o caducados.
 - 4. Las políticas y procedimientos están implementados.
-

Orden y transcripción

Estándar MMU.4

Hay políticas y procedimientos que guían las recetas, órdenes y transcripciones de medicamentos.

Intención de MMU.4

Hay políticas y procedimientos de la organización que guían las recetas, órdenes y transcripciones seguras de medicamentos. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para elaborar y controlar las políticas y procedimientos. El personal relevante está capacitado en las prácticas correctas para recetar, ordenar y transcribir. Como las recetas u órdenes de medicamentos ilegibles ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, la política de la organización prevé acciones para disminuir la ilegibilidad.

Se incluye una lista de todos los medicamentos que actualmente toma el paciente en la historia clínica del mismo, que estará a disposición de la farmacia, el personal de enfermería y los médicos. La organización establece un proceso para comparar el listado de todos los medicamentos que tomaba el paciente antes del ingreso con las prescripciones iniciales.

Elementos medibles de MMU.4

- 1. Las políticas y procedimientos guían procedimientos seguros para recetar, ordenar y transcribir medicamentos en la organización. (Véase también COP.2.2, EM 1; COP.3, EM 1 y el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 2, EM 1)
 - 2. Hay políticas y procedimientos que abordan las acciones relacionadas con las recetas y órdenes ilegibles.
 - 3. Existe un proceso participativo para elaborar las políticas y procedimientos aplicables.
 - 4. El personal relevante está capacitado en las prácticas correctas para recetar, ordenar y transcribir.
 - 5. Las historias clínicas de los pacientes contienen una lista de los medicamentos vigentes que tomaban los pacientes antes del ingreso y esta información se pone a disposición de la farmacia y de los profesionales sanitarios que prestan atención al paciente.
 - 6. El listado inicial de prescripciones se compara con el listado de todos los medicamentos que tomaba el paciente antes del ingreso siguiendo el proceso establecido por la organización.
-

Estándar MMU.4.1

La organización define los elementos de una orden o receta completa y los tipos de órdenes cuyo uso es aceptable.

Intención de MMU.4.1

A fin de reducir la variabilidad y mejorar la seguridad del paciente, la organización define en su política los elementos aceptables de una orden o receta completas. Los elementos incluidos en la o las políticas incluyen al menos lo siguiente:

- a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud.
- b) Los elementos de la orden o receta.
- c) Cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca.
- d) Si se necesitan indicaciones de uso a PRN (pro re nata o “por razón necesaria”) u otro tipo de orden de medicamento y cuándo.
- e) Precauciones o procedimientos especiales para ordenar fármacos con aspecto o nombre parecidos.
- f) Las medidas a tomar ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.
- g) Los tipos de órdenes adicionales permitidas tales como órdenes de emergencia, permanentes, de detención automática, etc. y todo elemento requerido en tales órdenes.
- h) El empleo de órdenes de medicamentos verbales y telefónicas y el proceso para verificar dichas órdenes. (Véase también el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 2, EM 1)
- i) Los tipos de órdenes basadas en el peso, como por ejemplo para poblaciones pediátricas.

Por consiguiente, esta política establece las expectativas para órdenes de medicamentos en toda la organización. La política implementada repercutirá en que se ingresen órdenes completas en la historia clínica del paciente, en que la farmacia o la unidad dispensadora reciban la información necesaria para dispensar y en la administración de los medicamentos basada en una orden completa.

Elementos medibles de MMU.4.1

Los elementos a) hasta i) de la declaración de intención se marcan juntos ya que representan aspectos de la política de la organización sobre las órdenes completas.

- 1. Las órdenes o recetas de medicamentos aceptables están definidas en la o las políticas y las políticas abordan al menos los elementos a) hasta i).
 - 2. Las órdenes o recetas de medicamentos se completan según la política de la organización.
-

Estándar MMU.4.2

La organización identifica a las personas cualificadas que tienen autorización para recetar u ordenar medicamentos.

Intención de MMU.4.2

La selección de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento específico y experiencia. Cada organización es responsable de identificar a las personas con el conocimiento y la experiencia requeridos y que además estén autorizados por habilitación, certificación, las leyes o reglamentaciones para recetar u ordenar medicamentos. Una organización puede fijar límites a una persona en cuanto a recetar u

ordenar, como por ejemplo en el caso de sustancias controladas, agentes de quimioterapia o radiactivos y medicamentos experimentales. El servicio de farmacia u otros que dispensen medicamentos conocen a las personas autorizadas para recetar y ordenar medicamentos. En situaciones de emergencia, la organización identifica a toda persona adicional que cuente con un permiso para recetar u ordenar medicamentos.

Elementos medibles de MMU.4.2

- 1. Sólo las personas autorizadas por la organización y por las habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes recetan u ordenan medicamentos.
 - 2. Existe un proceso para poner límites, cuando corresponda, a las prácticas de las personas para recetar y ordenar. (*Véase también* SQE.10, EM 1)
 - 3. El servicio de farmacia u otros que dispensen medicamentos conocen a las personas autorizadas para recetar y ordenar medicamentos.
-

Estándar MMU.4.3

Los medicamentos recetados y administrados se anotan en la historia clínica del paciente.

Intención de MMU.4.3

La historia clínica de cada paciente que obtiene medicamentos contiene una lista de los medicamentos recetados u ordenados para el paciente y las dosis y horas en que se administraron los medicamentos. Se incluyen los medicamentos administrados “por razón necesaria - PRN”. Si esta información se registra en un registro de medicación independiente, dicho registro se introduce en la historia clínica del paciente en el momento del alta o del traslado.

Elementos medibles de MMU.4.3

- 1. Se registran los medicamentos recetados u ordenados a cada paciente. (*véase también* MCI.19.1)
 - 2. Se registra cada dosis de medicamento administrada.
 - 3. La información sobre los medicamentos se archiva en la historia clínica del paciente, o se incluye en su historia clínica en el momento del alta o el traslado.
-

Preparación y dispensación

Estándar MMU.5

Los medicamentos se preparan y dispensan en un entorno seguro e higiénico.

Intención de MMU.5

La farmacia o el servicio farmacéutico preparan y dispensan los medicamentos en un entorno higiénico y seguro que cumple con las leyes, las reglamentaciones y los estándares de práctica profesional. La organización identifica los estándares de práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico. Los medicamentos almacenados y dispensados desde áreas ajenas a la farmacia, por ejemplo las unidades de atención al paciente, cumplen con las mismas medidas de seguridad y limpieza. El personal que prepara los productos estériles compuestos (como vías IV y epidurales) está capacitado en los principios de técnicas asépticas. Así mismo, hay materiales de protección disponibles y se utilizan cuando las prácticas profesionales lo indican, por ejemplo, en el caso de medicamentos citotóxicos.

Elementos medibles de MMU.5

- 1. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas, con el equipo y los suministros adecuados. (*Véase también* PCI.7, EM 1 y 2)
- 2. La preparación y dispensación de medicamentos cumple con las leyes, reglamentaciones y los estándares de práctica profesional.
- 3. El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas.

Estándar MMU.5.1

Se revisa la idoneidad de las recetas u órdenes de medicamentos.

Intención de MMU.5.1

El farmacéutico, técnico o profesional capacitados y habilitados revisan la idoneidad de cada receta u orden, recién recetada u ordenada, o cuando cambia la dosis u otros factores de idoneidad. La organización define qué información específica del paciente se necesita para una revisión efectiva de la orden o la receta. Esto sucede antes de la dispensación o la administración, cuando los medicamentos se dispensan desde sitios fuera de la farmacia. Cuando surgen dudas, se contacta a la persona que recetó u ordenó el medicamento.

El proceso para revisar una orden o una receta antes de la administración incluye la evaluación por un profesional entrenado de:

- a) la idoneidad del fármaco, la dosis, la frecuencia y la vía de administración;
- b) la duplicidad terapéutica;
- c) las alergias o sensibilidades reales o potenciales;
- d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos;
- e) la variación respecto al criterio de uso de la organización;
- f) el peso del paciente y demás información fisiológica;
- y
- g) otras contraindicaciones.

Quienes revisan las órdenes o recetas de medicamentos cuentan con la competencia para hacerlo gracias a su formación y capacitación, tal como lo especifica la asignación de privilegios, o han demostrado su competencia en el proceso de revisión. Además, la revisión en pos de la idoneidad puede que no sea necesaria o adecuada en una emergencia, o cuando esté presente el médico que realizó la prescripción durante la prescripción, administración y monitorización (por ejemplo, en la sala de operaciones o en el área de urgencias), o en un estudio de radiología intervencionista o de diagnóstico por imagen donde el medicamento forma parte del procedimiento.

A fin de facilitar la revisión, existe un registro (perfil) para todos los medicamentos administrados a un paciente, salvo los medicamentos de emergencia y los administrados como parte de un procedimiento.

Cuando se usan programas de software informático para verificar las interacciones entre fármacos y las alergias a fármacos, se actualiza dicho software según un cronograma adecuado.

Elementos medibles de MMU.5.1

- 1. La organización define la información específica del paciente necesaria para un proceso de revisión efectivo. (Véase también MCI.4, EM 1 y 3)
- 2. Excepto en los casos indicados en la intención del estándar, se revisa la idoneidad de cada receta u orden antes de la administración y se incluyen los elementos a) hasta g) de la intención. Por consiguiente, se evalúa cada receta u orden para someterla a una revisión de idoneidad.
- 3. Existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que recetó u ordenó el medicamento, cuando surgen dudas.
- 4. Las personas autorizadas para revisar órdenes o recetas se consideran competentes para la tarea.
- 5. La revisión se facilita mediante un registro (perfil) para todos los pacientes que reciben medicamentos.
- 6. Se actualiza periódicamente el software, cuando éste se utiliza para la verificación de interacciones entre fármacos y alergias a fármacos.

Estándar MMU.5.2

Se emplea un sistema para dispensar los medicamentos en la dosis correcta, al paciente correcto y a la hora correcta.

Intención de MMU.5.2

La organización dispensa medicamentos en la forma más lista para administrar, a fin de minimizar las posibilidades de error durante la distribución y la administración. Cuando los medicamentos se extraen de su

envoltorio original o se preparan y dispensan en una forma o soporte diferente (y no se administran inmediatamente) la medicación debe estar etiquetada con el nombre de la medicación, la dosis/concentración de la medicación, la fecha de preparación y la fecha de caducidad. La farmacia central y otros puntos de distribución de medicamentos en toda la organización emplean el mismo sistema. El sistema respalda la dispensación precisa de los medicamentos de manera puntual.

Elementos medibles de MMU.5.2

- 1. Existe un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos en la organización.
- 2. Después de su preparación, los medicamentos se etiquetan con el nombre de la medicación, la dosis/concentración de la medicación, la fecha de preparación, la fecha de caducidad y el nombre del paciente.
- 3. Los medicamentos se dispensan de la manera más lista para administrar.
- 4. El sistema respalda la dispensación precisa.
- 5. El sistema respalda la dispensación puntual.

Administración

Estándar MMU.6

La organización identifica a las personas cualificadas autorizadas para administrar medicamentos.

Intención de MMU.6

La administración de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento específico y experiencia. Cada organización es responsable de identificar a las personas con el conocimiento y la experiencia requeridos y que además estén autorizados por habilitación, certificación, las leyes o reglamentaciones para administrar medicamentos. Una organización puede fijar límites a una persona en cuanto a la administración de medicamentos, como por ejemplo en el caso de sustancias controladas o medicamentos radiactivos y experimentales. En situaciones de emergencia, la organización identifica a toda persona adicional que cuente con un permiso para administrar medicamentos.

Elementos medibles de MMU.6

- 1. La organización identifica a aquellas personas que, de acuerdo con su descripción de puesto o con el proceso de asignación de privilegios, están autorizadas para administrar medicamentos.
- 2. Sólo las personas autorizadas por la organización y por las habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes administran medicamentos.
- 3. Existe un proceso para poner límites, cuando corresponda, a las prácticas de administración de medicamentos de las personas. (*Véase también* SQE.13, EM 1 y 2)

Estándar MMU.6.1

La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que los medicamentos sean los correctos según la orden de medicación.

Intención de MMU.6.1

La administración segura de medicamentos incluye la verificación de

- a) el medicamento con la receta o la orden;
- b) la hora y la frecuencia de administración con la receta o la orden;
- c) la cantidad de la dosis con la receta o la orden;
- d) la vía de administración con la receta o la orden;
- y
- e) la identidad del paciente (definido en el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 1, EM 3).

La organización define el proceso de verificación a utilizar en la administración de medicamentos. Cuando el medicamento se prepara y se dispensa en la unidad de atención al paciente, el proceso de revisión de idoneidad descrito en MMU.5.1 deberá ser llevado a cabo por una persona calificada.

Elementos medibles de MMU.6.1

- 1. Se verifican los medicamentos con la receta o la orden.
 - 2. Se verifica la dosis del medicamento con la receta o la orden.
 - 3. Se verifica la vía de administración con la receta o la orden.
 - 4. Los medicamentos se administran puntualmente.
 - 5. Los medicamentos se administran tal como se recetan y se anotan en la historia clínica del paciente.
-

Estándar MMU.6.2

Hay políticas y procedimientos que rigen el uso de medicamentos traídos a la organización para que el paciente se autoadministre, o a modo de muestras.

Intención de MMU.6.2

La supervisión del uso de medicamentos en una organización requiere la comprensión de las fuentes y los usos de medicamentos que no se recetaron ni ordenaron en la organización. El médico del paciente conoce los medicamentos que el paciente o su familia trae a la organización y los anota en la historia clínica del paciente. El médico del paciente está al tanto de la autoadministración de medicamentos (tanto de los que el paciente trae a la organización como de los que se recetaron u ordenaron dentro de la misma) y lo anota en la historia clínica del paciente.

La organización controla la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos.

Elementos medibles de MMU.6.2

- 1. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la autoadministración de medicamentos por parte del paciente.
 - 2. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la documentación y la gestión de todo medicamento que el paciente traiga a la organización, o que se traigan para él.
 - 3. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la disponibilidad y el uso de las muestras de medicación.
-

Monitorización

Estándar MMU.7

Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.

Intención de MMU.7

El paciente, su médico, el personal de enfermería y demás profesionales sanitarios trabajan juntos para la monitorización a los pacientes que toman medicamentos. Los propósitos de la monitorización son evaluar el efecto del medicamento sobre los síntomas o la enfermedad del paciente, así como también su recuento sanguíneo, su función renal, su función hepática y demás controles necesarios para determinados medicamentos, y evaluar al paciente para detectar efectos adversos. Basándose en la monitorización, la dosis o el tipo de medicamento se pueden ajustar cuando sea necesario. Se monitoriza especialmente la respuesta del paciente ante la primera o las primeras dosis de un medicamento nuevo para él. Dicha monitorización pretende identificar la respuesta terapéutica anticipada, así como también respuestas alérgicas, interacciones imprevistas entre fármacos, un cambio en el equilibrio del paciente que aumenta el riesgo de caídas, etc.

El control de los efectos de los medicamentos incluye la observación y documentación de todo efecto adverso. La organización cuenta con una política que identifica todos los efectos adversos que deben

registrarse y aquellos que deben notificarse. La organización establece un mecanismo para notificar los eventos adversos cuando sea necesario y establece el plazo de tiempo para hacerlo.

Elementos medibles de MMU.7

- 1. Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes, incluidos los efectos adversos. (*Véase también* AOP.2, EM 1)
 - 2. El proceso de monitorización es un proceso participativo.
 - 3. La organización cuenta con una política que identifica aquellos efectos adversos que deben registrarse en la historia clínica del paciente y aquellos que deben notificarse a la organización. (*Véase también* QPS.6, EM 3)
 - 4. Los efectos adversos se documentan en la historia clínica del paciente, conforme a lo establecido en la política.
 - 5. Los efectos adversos se notifican dentro del plazo de tiempo establecido en la política.
-

Estándar MMU.7.1

Los errores en la administración de medicamentos y los incidentes de seguridad que no llegan al paciente se notifican mediante el proceso y en el plazo de tiempo definidos por la organización.

Intención de MMU.7.1

La organización cuenta con un proceso para identificar y notificar los errores en la administración de medicamentos y los incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. El proceso incluye la definición de un error en la administración de medicamento y los incidentes de seguridad, empleando un formato estandarizado para la notificación y la educación del personal en cuanto al proceso y la importancia de la notificación. El proceso y las definiciones se desarrollan de forma participativa mediante un proceso en el que participan todos los implicados en la gestión de la medicación. El proceso de notificación forma parte del programa de calidad y seguridad del paciente de la organización (*véase también* QPS.7). Las notificaciones las recibe un/os profesional/es que tienen la responsabilidad de tomar las acciones necesarias. El programa se centra en la prevención de errores, en la administración de medicamentos mediante la comprensión de los tipos de errores que ocurren en la organización y en otras organizaciones, y por qué tienen lugar los incidentes de seguridad que no llegaron al paciente. Las mejoras de los procesos de administración de medicamentos y la capacitación del personal se emplean para evitar errores en el futuro. La farmacia participa en dicha capacitación del personal.

Elementos medibles de MMU.7.1

- 1. Se define el error en la administración de medicamentos y los incidentes de seguridad que no llegaron al paciente mediante un proceso colaborativo (*Véase también* QPS.6, EM 4 y QPS.7, EM 1).
- 2. Los errores en la administración de medicamentos y los incidentes de seguridad se notifican de forma oportuna, utilizando un proceso establecido (*Véase también* QPS.7, EM 2).
- 3. Se identifica a los profesionales responsables de tomar acciones tras el análisis de las notificaciones.
- 4. La organización emplea la información sobre errores en la administración de medicamentos y los incidentes de seguridad que no llegaron al paciente para mejorar los procesos de uso de medicamentos. (*Véase también* QPS.7, EM 3).



Educación del paciente y de su familia (PFE)

Perspectiva general

La educación del paciente y de su familia ayuda a los pacientes a mejorar su participación en la atención y a tomar decisiones informadas. Profesionales muy diversos de la organización educan a los pacientes y a las familias. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con su o sus médicos, o con el personal de enfermería. Otros profesionales facilitan educación al proporcionar servicios específicos como rehabilitación o terapia nutricional, o preparan al paciente para el alta y la atención continuada. Como gran parte del personal participa en la educación a los pacientes y a las familias, es importante que los miembros del personal coordinen sus actividades y se centren en aquello que el paciente necesita aprender.

La educación eficaz comienza con una evaluación de las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia. Esta evaluación determina no sólo qué hay que aprender, sino cuál es la mejor manera de obtener este aprendizaje. El aprendizaje es más efectivo cuando se adapta a las preferencias de aprendizaje y a los valores culturales y religiosos de una persona y a sus capacidades de lectura y de lenguaje, así como cuando la formación se proporciona en el momento adecuado del proceso de atención..

La educación incluye tanto el conocimiento que se necesita durante el proceso de atención como el conocimiento necesario una vez que el paciente es dado de alta a otro centro de atención o a su domicilio. Por consiguiente, la educación puede incluir información sobre recursos comunitarios para atención adicional y la atención de seguimiento necesaria y cómo acceder a los servicios de urgencias si fuera necesario. La educación efectiva en una organización emplea los formatos electrónicos y visuales disponibles y una variedad de técnicas de aprendizaje a distancia y otras técnicas.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, *Véase también* la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

- PFE.1 La organización proporciona educación que respalda la participación del paciente y de la familia en las decisiones y en los procesos de atención.
- PFE.2 Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se registran en su historia clínica.
 - PFE.2.1 Se evalúa la capacidad y la disposición para aprender del paciente y de su familia.
- PFE.3 La educación y la capacitación ayudan a atender las necesidades sanitarias constantes del paciente.
- PFE.4 La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, relacionados con la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro del equipamiento médico, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, gestión del dolor y técnicas de rehabilitación.

- PFE.5 Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje.
- PFE.6 Los profesionales sanitarios que atienden al paciente colaboran en la educación.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Estándar PFE.1

La organización proporciona educación que respalda la participación del paciente y de la familia en las decisiones y en los procesos de atención.

Intención de PFE.1

Las organizaciones sanitarias educan a los pacientes y a las familias a fin de que posean el conocimiento y la capacidad necesaria para participar en los procesos de atención al paciente y en las decisiones sobre la atención. Cada organización organiza sus procesos formativos en función de su misión, en los servicios prestados y en la población de pacientes atendidos. La educación se planifica para garantizar que se ofrezca a cada paciente la educación que necesita. La organización elige cómo organizar sus recursos educativos de manera eficiente y efectiva. Por consiguiente, las organizaciones pueden optar por designar un coordinador de educación o un comité de educación, crear un servicio de educación, o simplemente trabajar con todo el personal para proporcionar la educación de manera coordinada.

Elementos medibles de PFE.1

- 1. La organización planifica la educación según su misión, sus servicios y su población de pacientes.
- 2. Existe una estructura o mecanismo para la educación en toda la organización.
- 3. La estructura y los recursos educativos se organizan de manera efectiva.

Estándar PFE.2

Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se registran en su historia clínica.

Intención de PFE.2

La educación se centra en el conocimiento y las capacidades específicas que el paciente y su familia necesitarán para tomar decisiones sobre la atención, participar en su atención y continuar la atención en su domicilio. Esto va más allá del flujo general de información entre los profesionales y el paciente, que es informativo pero no educativo.

A fin de comprender las necesidades educativas de cada paciente y su familia, existe un proceso de evaluación que identifica los tipos de cirugía y demás procedimientos invasivos y tratamientos planificados, las necesidades de enfermería que conllevan y las necesidades de atención continuada después del alta. Esta evaluación permite a los profesionales que atienden al paciente planificar e impartir la educación necesaria.

El personal de la organización educa a los pacientes y a las familias para apoyar su toma de decisiones en el proceso de atención. La educación proporcionada como parte del proceso de obtención de consentimiento informado para un tratamiento (por ejemplo, para cirugía y anestesia) se documenta en la historia clínica del paciente. La educación se imparte también para apoyar otras decisiones de atención de los pacientes y las familias. Además, cuando un paciente o su familia participan directamente en el proceso de atención (por ejemplo, cambiando vendas, alimentando al paciente, administrando medicamentos y tratamientos), necesitan recibir educación.

Una vez identificadas las necesidades educativas, se anotan en la historia clínica del paciente. Esto ayuda a todos los profesionales que atienden al paciente a participar en el proceso de educación. Cada organización decide el lugar y el formato de la evaluación, planificación y documentación de la información educativa en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de PFE.2

- 1. Se evalúan las necesidades educativas del paciente y su familia.
- 2. Los hallazgos de las evaluaciones de necesidades educativas se documentan en la historia clínica del paciente.
- 3. Todo el personal registra la educación del paciente de manera uniforme.
- 4. Cuando el consentimiento informado es necesario, los pacientes y las familias aprenden sobre el proceso para otorgar consentimientos informados. (*Véase también* PFR.2.1, EM 3 y MCI.3, EM 1 y 2)
- 5. Los pacientes y las familias aprenden cómo participar en las decisiones sobre la atención. (*Véase también* PFR.2, EM 1)

- 6. Los pacientes y las familias aprenden sobre su estado y cualquier diagnóstico confirmado. (*Véase también* PFR.2.1, EM 1)
 - 7. Los pacientes y las familias aprenden sobre su derecho a participar en el proceso de atención. (*Véase también* PFR.2.1, EM 4)
-

Estándar PFE.2.1

Se evalúa la capacidad y la disposición para aprender del paciente y de su familia.

Intención de PFE.2.1

Se identifican las fortalezas y debilidades en cuanto a conocimiento y capacidades del paciente y su familia, y se utiliza esta información para planificar la educación. Existen muchas variables del paciente que determinan si el paciente y su familia están dispuestos a aprender y son capaces de hacerlo. Por lo tanto, para planificar la educación, la organización debe evaluar:

- a) las creencias y valores del paciente y de su familia;
- b) su nivel de alfabetización, su nivel educativo y su dominio del idioma;
- c) las barreras emocionales y las motivaciones;
- d) las limitaciones físicas y cognitivas;
- y
- e) la predisposición del paciente para recibir información.

Elementos medibles de PFE.2.1

- 1. Se evalúan los elementos a) hasta e) de la intención, tanto en el paciente como en la familia. (*Véase también* PFR.1.1, EM 1)
 - 2. Los hallazgos de la evaluación se utilizan para planificar la educación.
 - 3. Los hallazgos de la evaluación se documentan en la historia clínica.
-

Estándar PFE.3

La educación y la capacitación ayudan a atender las necesidades sanitarias constantes del paciente.

Intención de PFE.3

Los pacientes con frecuencia necesitan atención de seguimiento para cubrir sus necesidades sanitarias constantes o para alcanzar sus objetivos sanitarios. La información sanitaria general que facilitan la organización o los recursos comunitarios quizá incluya información sobre cuándo retomar las actividades cotidianas después del alta, las prácticas de prevención relevantes para el estado o los objetivos sanitarios del paciente e información sobre cómo sobrellevar la enfermedad o discapacidad.

La organización identifica los recursos educativos y de capacitación disponibles en la comunidad. En particular se identifican organizaciones comunitarias que apoyan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y, cuando es posible, se establecen relaciones constantes.

Elementos medibles de PFE.3

- 1. Los pacientes y las familias reciben educación y capacitación para cubrir sus necesidades sanitarias constantes o para alcanzar sus objetivos sanitarios. (*Véase también* MCI.3, EM 1 y 2)
 - 2. La organización identifica y establece relaciones con recursos comunitarios que apoyan la promoción permanente de la salud y la educación sobre prevención de enfermedades. (*Véase también* ACC.3.1, EM 2 y GLD.3.1, EM 2)
 - 3. Cuando sea necesario por la condición del paciente, se deriva a los pacientes a los recursos disponibles en la comunidad. (*Véase también* GLD.3.1, EM 2)
-

Estándar PFE.4

La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, relacionados con la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro del equipamiento médico, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, gestión del dolor y técnicas de rehabilitación.

Intención de PFE.4

La organización ofrece, sistemáticamente, educación en áreas que conllevan un alto riesgo para los pacientes. La educación apoya el retorno a los niveles funcionales previos y el mantenimiento de una salud óptima.

La organización emplea materiales y procesos estandarizados para educar a los pacientes en, por lo menos, los siguientes temas:

- el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos que toma el paciente (no sólo los medicamentos para el alta), incluyendo los posibles efectos secundarios de los medicamentos;
- el uso seguro y efectivo del equipamiento médico;
- las interacciones potenciales entre los medicamentos recetados y otros medicamentos (incluidos los medicamentos sin receta) y los alimentos;
- dieta y nutrición;
- gestión del dolor;
- y
- técnicas de rehabilitación.

Elementos medibles de PFE.4

- 1. Cuando esté relacionado con su proceso de atención, los pacientes y las familias reciben educación sobre el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos, sus potenciales efectos secundarios y la prevención de interacciones potenciales entre medicación o entre alimentos y medicación.
 - 2. Cuando esté relacionado con su proceso de atención, los pacientes y las familias reciben educación sobre el uso seguro y efectivo del equipamiento médico.
 - 3. Cuando esté relacionado con su proceso de atención, los pacientes y las familias reciben educación sobre la dieta y la nutrición adecuadas.
 - 4. Cuando esté relacionado con su proceso de atención, los pacientes y las familias reciben educación sobre la gestión del dolor. (*Véase también COP.6, EM 3*)
 - 5. Cuando corresponde, los pacientes y las familias reciben educación sobre las técnicas de rehabilitación.
-

Estándar PFE.5

Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje.

Intención de PFE.5

El aprendizaje tiene lugar cuando se presta atención a los métodos empleados para educar a los pacientes y a las familias. Entender a los pacientes y las familias ayuda a la organización a seleccionar los métodos educativos y los educadores adecuados a los valores y las preferencias del paciente y su familia y a identificar el rol de la familia y el método de instrucción.

Se anima a los pacientes y a las familias a participar en el proceso de atención, diciendo lo que piensan y haciendo preguntas al personal para confirmar que han comprendido la información y poder participar por anticipado. El personal tiene en cuenta el importante papel que desempeña el paciente en la prestación de una atención segura y de calidad.

La posibilidad de interacción entre el personal, el paciente y su familia permite confirmar que la información se ha comprendido y que es útil y puede llevarse a la práctica (*Véase también MCI.3, EM 1 y 2*). La organización decide cuándo y cómo conviene reforzar la educación verbal con materiales escritos, a fin de mejorar la comprensión y ofrecer una referencia educativa a más largo plazo.

Elementos medibles de PFE.5

- 1. Hay un proceso para verificar que los pacientes y la familia reciben y comprenden la educación proporcionada. (*Véase también MCI.3, EM 1 y 2*)
- 2. Quienes imparten educación animan a los pacientes y a las familias a hacer preguntas y a decir lo que piensan, como participantes activos. (*Véase también PFR.2, EM 1*)
- 3. La información verbal se refuerza con material escrito, que está relacionado con las necesidades del paciente y las preferencias de aprendizaje del paciente y de su familia. (*Véase también PFR.2.1 y MCI.3*)

Estándar PFE.6

Los profesionales sanitarios que atienden al paciente colaboran en la educación.

Intención de PFE.6

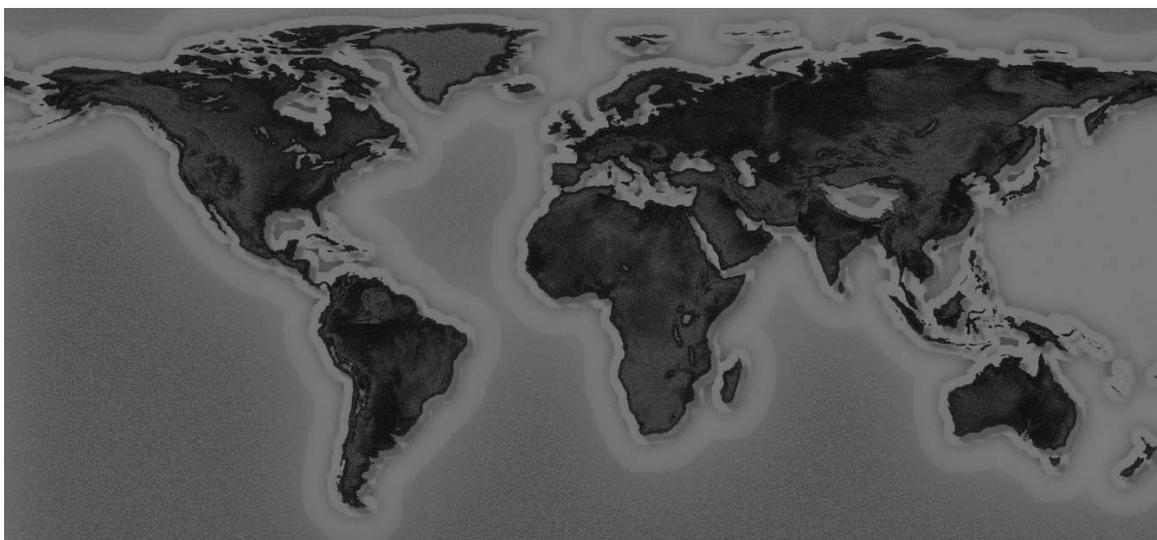
Cuando los profesionales sanitarios entienden la contribución de cada uno en la educación del paciente, pueden colaborar de manera más eficaz. La colaboración, a su vez, ayuda a garantizar que la información que los pacientes y las familias reciben sea completa, coherente y tan efectiva como sea posible. La colaboración se basa en las necesidades del paciente y, por lo tanto, puede que no siempre sea necesaria.

El conocimiento del tema, la disposición de tiempo para enseñar y la capacidad de comunicarse de manera adecuada son aspectos importantes para una educación eficaz.

Elementos medibles de PFE.6

- 1. La educación del paciente y de su familia se proporciona interdisciplinariamente cuando sea necesario.
- 2. Quienes imparten educación tienen el conocimiento sobre el tema necesarios para hacerlo.
- 3. Quienes imparten educación cuentan con el tiempo necesario para hacerlo.
- 4. Quienes imparten educación cuentan con las habilidades de comunicación necesarias para hacerlo.
(Véase también ASC.5.1, EM 2)

Sección II: Estándares de gestión de la organización sanitaria





Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)

Perspectiva general

Este capítulo describe un enfoque global para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. La reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal es integral a la mejora general de la calidad. Tales riesgos pueden encontrarse tanto en los procesos clínicos como en el entorno físico. Este enfoque incluye

- el liderazgo y la planificación del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente;
- el diseño de nuevos procesos clínicos y de gestión;
- la medición del funcionamiento de los procesos, mediante la recogida de datos;
- el análisis de datos;
- y
- la implementación y consolidación de cambios que tengan como resultado la mejora.

Tanto el programa de mejora de la calidad como el de seguridad del paciente:

- son conducidos por líderes;
- procuran cambiar la cultura de una organización;
- identifican de forma proactiva y reducen el riesgo y la variabilidad;
- usan los datos para centrarse en cuestiones prioritarias;
- y
- procuran demostrar mejoras sostenibles.

La calidad y la seguridad están arraigadas en el trabajo diario de cada uno de los profesionales sanitarios y demás miembros del personal. En tanto los médicos y el personal de enfermería evalúan las necesidades del paciente y prestan atención, este capítulo los puede ayudar a entender cómo llevar a cabo mejoras reales para ayudar a sus pacientes y reducir los riesgos. De forma similar, los gerentes, el personal de apoyo y otros trabajadores pueden aplicar los estándares a su trabajo diario, para entender cómo pueden ser más eficientes los procesos, cómo pueden usarse los recursos en forma más inteligente y cómo pueden reducirse los riesgos físicos.

Este capítulo enfatiza que la planificación, el diseño, la medición, el análisis y las mejoras continuas de los procesos clínicos y de gestión deben estar bien organizados y contar con un claro liderazgo a fin de obtener los máximos beneficios. Este enfoque tiene en cuenta que la mayoría de los procesos de atención clínica involucran a más de un departamento o unidad y pueden involucrar a muchos trabajadores. Este enfoque también tiene en cuenta que la mayoría de los problemas de calidad asistencial y de gestión están interrelacionados. Por consiguiente, los esfuerzos para mejorar estos procesos deben estar guiados por un marco global para las actividades de gestión y mejora de la calidad en la organización, supervisados por un grupo o comité de supervisión de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Estos estándares internacionales de acreditación abarcan todo el espectro de las actividades clínicas y de gestión de una organización sanitaria, incluido el marco para mejorar dichas actividades y reducir los riesgos asociados con la variación de los procesos.

Por consiguiente, el marco presentado en estos estándares es adecuado para una amplia variedad de programas estructurados y enfoques menos formales para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Este marco también puede incorporar programas de medición tradicionales tales como los relacionados con eventos adversos (gestión de riesgos) y uso de recursos.

Con el tiempo, las organizaciones que siguen este marco

- desarrollan un mayor apoyo de liderazgo para un programa que abarque toda la organización;
- capacitan y hacen participar a más personal;
- establecen prioridades más claras sobre qué medir;
- basan sus decisiones en los datos de la medición;

- y
- mejoran basándose en comparaciones con otras organizaciones, tanto a nivel nacional como internacional.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, *Véase también* la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

Liderazgo y planificación

QPS.1 Los responsables de gobernar y administrar la organización participan en la planificación y la medición de un programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

QPS.1.1 Los líderes de la organización colaboran para llevar a cabo el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

QPS.1.2 Los líderes priorizan qué procesos deben controlarse y qué actividades de mejora y seguridad del paciente deben llevarse a cabo.

QPS.1.3 Los líderes proporcionan apoyo tecnológico y de otro tipo al programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

QPS.1.4 Se comunica al personal la información acerca de la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

QPS.1.5 El personal está capacitado para participar en el programa.

Diseño de los procesos clínicos y de gestión

QPS.2 La organización diseña sistemas y procesos nuevos y modificados conforme a los principios de mejora de la calidad.

QPS.2.1 Se utilizan guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos clínicos para guiar la atención clínica.

Selección de medidas y recogida de datos

QPS.3 Los líderes de la organización identifican medidas claves de estructura, proceso y resultados para utilizar en el plan de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización.

QPS.3.1 Los líderes de la organización identifican medidas claves de estructura, proceso y resultados de los aspectos clínicos de la organización.

QPS.3.2 Los líderes de la organización identifican medidas claves de estructura, proceso y resultados de los aspectos de gestión de la organización.

QPS.3.3 Los líderes de la organización identifican medidas claves para cada uno de los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente.

Validación y análisis de los datos de medición

- QPS.4 Personas con la experiencia, el conocimiento y las habilidades adecuadas agregan y analizan sistemáticamente los datos en la organización.
 - QPS.4.1 La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio y cumple con los requisitos de la organización.
 - QPS.4.2 El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otras organizaciones cuando estén disponibles y con estándares científicos y prácticas deseables.
- QPS.5 La organización tiene un proceso interno para validar los datos.
 - QPS.5.1 Cuando la organización publica sus datos o los muestra en su página web, los líderes de la organización garantizan la validez de los datos.
- QPS.6 La organización emplea un proceso definido para identificar y gestionar eventos centinela.
- QPS.7 Se analizan los datos cuando muestran tendencias y variaciones no deseadas.
- QPS.8 La organización emplea un proceso definido para la identificación y el análisis de incidentes de seguridad que no llegaron al paciente (near misses).

Logro de mejoras sostenidas

- QPS.9 Se logra y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad.
- QPS.10 Se emprenden actividades de mejora y de seguridad para las áreas prioritarias que identifican los líderes de la organización.
- QPS.11 Se utiliza un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Liderazgo y planificación

Estándar QPS.1

Los responsables de gobernar y administrar la organización participan en la planificación y la medición de un programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Intención de QPS.1

Si una organización va a iniciar y a mantener mejoras y a reducir los riesgos para los pacientes y el personal, es fundamental que cuente con liderazgo y planificación. Este liderazgo y esta planificación provienen del cuerpo de gobierno de la organización, junto con quienes manejan las actividades clínicas y de gestión de la organización a diario. De forma participativa, representan el liderazgo de la organización. El liderazgo es responsable de establecer el compromiso de la organización, el enfoque en pos de la mejora y la seguridad y la gestión y la supervisión del programa. El liderazgo elabora el plan de calidad y seguridad del paciente y, mediante su visión y respaldo, crea la cultura de calidad de la organización.

El cuerpo de gobierno es el responsable final de la calidad y la seguridad del paciente dentro de la organización y, por ende, aprueba el plan de calidad y seguridad del paciente (*véase también* GLD.1.6). Así mismo, recibe informes relacionados con el programa de la organización para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente (*véase también* GLD.1.6) y actúa según los mismos.

Elementos medibles de QPS.1

- 1. El liderazgo de la organización participa en la elaboración del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
 - 2. El liderazgo de la organización participa en la medición del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
 - 3. El liderazgo de la organización establece el proceso o mecanismo de supervisión para el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
 - 4. El liderazgo de la organización informa al gobierno acerca del programa de calidad y seguridad del paciente.
-

Estándar QPS.1.1

Los líderes de la organización colaboran para llevar a cabo el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Intención de QPS.1.1

Los líderes de la organización desempeñan un rol clave para asegurar que el plan de calidad y seguridad del paciente dé forma a la cultura de la organización y provoque un impacto sobre todos los aspectos de las operaciones. Esto requiere colaboración y compromiso, a través de un enfoque multidisciplinario. Los líderes se aseguran de que el programa se ocupe de

- el rol del diseño y rediseño del sistema dentro del proceso de mejora;
- un enfoque multidisciplinario que incluya a todos los departamentos y servicios de la organización dentro del programa;
- la coordinación entre las múltiples unidades de la organización involucradas con la calidad y la seguridad, como el programa de control de calidad del laboratorio clínico, un programa de gestión de riesgos, un programa de gestión de riesgos en las instalaciones, una unidad de seguridad del paciente u otros tipos de unidades o programas. Es necesario un programa coordinado para mejorar los resultados de los pacientes, porque los pacientes obtienen atención de muchos departamentos, servicios y/o tipos de personal clínico diferentes;

y

- un enfoque sistemático en el que se empleen procesos de calidad y conocimientos similares o uniformes para llevar a cabo todas las actividades de mejora y seguridad del paciente.

Elementos medibles de QPS.1.1

- 1. Los líderes de la organización colaboran para llevar a cabo el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. (Véase también GLD.3.4, EM 2; SQE.11, EM 1; SQE.14, EM 1 y SQE.17, EM 1)
 - 2. El programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente abarca a toda la organización.
 - 3. El programa se ocupa de los sistemas de la organización y del rol del diseño y rediseño del sistema en la mejora de la calidad y la seguridad.
 - 4. El programa se ocupa de la coordinación entre todos los componentes de las actividades de medición y supervisión de la calidad de la organización. (Véase también GLD.3.4, EM 2 y PCI.10, EM 1)
 - 5. El programa emplea un enfoque sistemático para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
-

Estándar QPS.1.2

Los líderes priorizan qué procesos deben controlarse y qué actividades de mejora y seguridad del paciente deben llevarse a cabo.

Intención de QPS.1.2

Una responsabilidad fundamental de los líderes es establecer prioridades. Típicamente, las organizaciones encuentran oportunidades para la medición y la mejora de la calidad que sobrepasan los recursos tanto humanos como de otro tipo que tienen para cumplirlos. Por lo tanto, los líderes guían las actividades de medición y mejora de la calidad. Los líderes dan prioridad a los procesos críticos, de alto riesgo, con tendencia a dar problemas, que se relacionan más directamente con la calidad de la atención y la seguridad del entorno. Los líderes incluyen los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente. Los líderes emplean los datos y la información disponibles para identificar las áreas prioritarias.

Elementos medibles de QPS.1.2

- 1. Los líderes establecen las prioridades de la organización para las actividades de medición.
 - 2. Los líderes establecen las prioridades de la organización para las actividades de mejora y seguridad del paciente.
 - 3. Las prioridades incluyen la implementación de los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente.
-

Estándar QPS.1.3

Los líderes proporcionan apoyo tecnológico y de otro tipo al programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Intención de QPS.1.3

La medición de las funciones clínicas y de gestión en una organización sanitaria da como resultado la acumulación de datos e información. La comprensión del funcionamiento de la organización depende del análisis de los datos y la información en el tiempo, y de la comparación con otras organizaciones. En el caso de organizaciones grandes o complejas este trazado y esta comparación probablemente requieran tecnología y/o profesionales con experiencia en la gestión de datos. Los líderes de la organización entienden las prioridades de medición y mejora en términos del apoyo necesario, proporcionando el respaldo de forma que concuerde con los recursos de la organización y la mejora de la calidad.

Elementos medibles de QPS.1.3

- 1. Los líderes entienden la tecnología y las demás necesidades de apoyo para recoger y comparar medidas de resultados.
- 2. Los líderes proporcionan tecnología y respaldo, de acuerdo con los recursos de la organización, para recoger y comparar medidas de resultados.

Estándar QPS.1.4

Se comunica al personal la información acerca de la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Intención de QPS.1.4

Es esencial la comunicación regular de la información sobre el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente al personal. La comunicación se realiza regularmente mediante canales efectivos, como boletines informativos, carteles, reuniones de personal y procesos de recursos humanos. La información puede centrarse en proyectos de mejora nuevos o recién terminados, el progreso en el cumplimiento de los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente, los resultados del análisis de eventos centinela y otros eventos adversos, de investigación reciente o de programas de referencia, etc.

Elementos medibles de QPS.1.4

- 1. Se comunica al personal la información sobre el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- 2. Las comunicaciones se realizan regularmente, mediante canales efectivos. (*Véase también* GLD.1.6, EM 2)
- 3. Las comunicaciones incluyen el progreso en el cumplimiento con los Objetivos internacionales de seguridad para el paciente.

Estándar QPS.1.5

El personal está capacitado para participar en el programa.

Intención de QPS.1.5

La participación en la recogida y el análisis de datos y en la planificación e implementación de las mejoras de calidad requieren conocimientos y destrezas de los que carece la mayoría del personal, o los cuales no utiliza habitualmente. Por consiguiente, cuando se les solicita que participen en el programa, los miembros del personal reciben capacitación acorde a su rol en la actividad planificada. Puede que sea necesario ajustar los horarios del personal para destinar el tiempo suficiente a la participación completa en las actividades de capacitación y mejora como parte de las tareas laborales habituales. La organización identifica o proporciona un docente capacitado para estas actividades de formación.

Elementos medibles de QPS.1.5

- 1. Existe un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- 2. Una persona capacitada imparte la capacitación.
- 3. Los miembros del personal participan en la capacitación como parte de sus tareas laborales habituales.

Diseño de los procesos clínicos y de gestión

Estándar QPS.2

La organización diseña sistemas y procesos nuevos y modificados conforme a los principios de mejora de la calidad.

Intención de QPS.2

A menudo, las organizaciones cuentan con la oportunidad de diseñar nuevos procesos o tienen la necesidad de modificar los procesos existentes. Los procesos nuevos o modificados emplean elementos de diseño de fuentes de autoridad, incluidas leyes y reglamentaciones, según corresponda. Tales fuentes de autoridad

incluyen guías de práctica clínica (*véase también* la estándar QPS.2.1) cuando estén disponibles para procesos clínicos, estándares nacionales, normativas y demás fuentes de información.

El diseño de procesos nuevos o modificados también podrá obtener información de las experiencias de terceros que puedan considerarse como las mejores prácticas o buenas prácticas. La organización evalúa tales prácticas y puede usarse y probarse las prácticas relevantes.

Cuando los procesos o servicios están bien diseñados, recurren a una variedad de fuentes de información. Un buen proceso de diseño

- coincide con la misión y los planes de la organización;
- cubre las necesidades de los pacientes, las familias, el personal y otros;
- emplea las guías y estándares clínicos actuales, literatura científica y otra información relevante basada en la evidencia acerca del diseño de práctica clínica;
- coincide con prácticas comerciales sólidas;
- tiene en cuenta la información relevante sobre la gestión de riesgos;
- se basa en el conocimiento y las destrezas disponibles en la organización;
- se basa en la mejor práctica, en las mejores prácticas o buenas prácticas de otras organizaciones;
- utiliza información de actividades de mejora relacionadas;
- e
- integra y conecta procesos y sistemas.

Cuando una organización diseña procesos nuevos, selecciona medidas adecuadas para el proceso. Cuando la organización haya implementado el nuevo proceso, recoge datos para ver si, en efecto, el proceso está funcionando como se esperaba.

Elementos medibles de QPS.2

- 1. Los principios y las herramientas de mejora de calidad se aplican al diseño de procesos nuevos o modificados.
- 2. Los elementos identificados en la intención del estándar se tienen en cuenta cuando son relevantes para el proceso que se está diseñando o modificando.
- 3. Se seleccionan medidas para evaluar el funcionamiento del proceso recién diseñado o rediseñado.
- 4. Se utilizan datos de medidas para evaluar el funcionamiento constante del proceso.

Estándar QPS.2.1

Se utilizan guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos clínicos para guiar la atención clínica.

Intención de QPS.2.1

Los objetivos de las organizaciones sanitarias incluyen

- la normalización de los procesos clínicos;
- la reducción de los riesgos incluidos en los procesos de atención, en particular aquellos asociados con los pasos de las decisiones críticas;
- la prestación de atención sanitaria de manera oportuna y efectiva, empleando en forma eficiente los recursos disponibles; y
- prestar una atención sanitaria de calidad mediante prácticas basadas en la evidencia.

Las organizaciones emplean una variedad de herramientas para alcanzar estos y otros objetivos. Por ejemplo, los profesionales sanitarios procuran elaborar procesos de atención clínica y tomar decisiones de atención clínica basada en la mejor evidencia científica disponible. Las guías de práctica clínica constituyen herramientas útiles en este esfuerzo para entender y aplicar la mejor evidencia científica a un diagnóstico o estado particular.

Además, los profesionales sanitarios procuran normalizar los procesos de atención. Las vías clínicas son herramientas útiles en este esfuerzo para asegurar una integración y una coordinación de atención efectiva y el uso eficiente de los recursos disponibles.

Las guías de práctica clínica, las vías clínicas y los protocolos clínicos relevantes para la población de pacientes y la misión de la organización

- a) se seleccionan entre las que corresponden a los servicios y pacientes de la organización (en este proceso se incluyen guías nacionales obligatorias, si las hubiera);

- b) se evalúan para comprobar que son relevantes para la población de pacientes atendidos;
- c) se adaptan cuando es preciso a la tecnología, los fármacos y demás recursos de la organización, o a la normativa profesional nacional aceptada;
- d) se evalúan para comprobar su evidencia científica;
- e) se aprueban o adoptan formalmente por parte de la organización;
- f) se implementan y se miden, para que su uso sea constante y efectivo;
- g) están respaldadas por personal cualificado para aplicar las rutas o rutas;
y
- h) se actualizan periódicamente en base a los cambios en la evidencia científica y la evaluación del proceso y resultados.

Se espera que las organizaciones cumplan los siguientes requisitos anualmente:

- los líderes clínicos seleccionen las áreas relevantes en las que centrarse, como diagnósticos de los pacientes, procedimientos, población, patologías, etc. para las que el uso de guías, vías y protocolos supondría un impacto en la calidad y la seguridad de la atención al paciente y reduciría la variabilidad no deseada en los resultados.
- llevar a cabo el proceso descrito de la a) hasta la h) para al menos 2 de las áreas prioritarias identificadas en cada periodo de 12 meses.

Elementos medibles de QPS.2.1

- 1. Anualmente los líderes clínicos seleccionen las áreas relevantes en las que se centra la implementación de guías, vías y/o protocolos clínicos.
- 2. La organización sigue el proceso descrito desde a) hasta h) de la declaración de intención para implementar guías clínicas, vías clínicas y/o protocolos clínicos.
- 3. La organización implementa al menos dos guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos clínicos para cada área prioritaria identificada en un periodo de 12 meses.
- 4. Los líderes clínicos son capaces de demostrar que la implementación de guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos clínicos ha reducido la variabilidad en procesos y resultados.

Selección de medidas y recogida de datos

Estándar QPS.3

Los líderes de la organización identifican medidas claves de estructura, proceso y resultados para utilizar en el plan de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización.

Estándar QPS.3.1

Los líderes de la organización identifican medidas claves de estructura, proceso y resultados de los aspectos clínicos de la organización.

Estándar QPS.3.2

Los líderes de la organización identifican medidas claves de estructura, proceso y resultados de los aspectos de gestión de la organización.

Estándar QPS.3.3

Los líderes de la organización identifican medidas claves para cada uno de los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente.

Intención de QPS.3 hasta QPS.3.3

La mejora de la calidad y la seguridad del paciente están dirigidas por los datos. La efectividad en el uso de los datos es mayor dentro de un contexto más amplio de práctica clínica basada en la evidencia y gestión basada en la evidencia.

Como la mayoría de las organizaciones cuentan con recursos limitados, no pueden recoger datos para medir todo lo que desearían. Por consiguiente, cada organización debe elegir qué procesos y resultados clínicos y de gestión son los más importantes a medir, basándose en su misión, las necesidades del paciente y los servicios.

La medición a menudo se centra en aquellos procesos de alto riesgo para los pacientes, los procesos más comunes o los que tienden a presentar problemas.

Los líderes de la organización son responsables de hacer la selección final de las áreas en las que focalizar las actividades de medición y las medidas clave a incluir en las actividades de calidad de la organización. Las medidas seleccionadas para las áreas clínicas relevantes incluyen:

1. evaluación del paciente;
2. servicios de laboratorio;
3. servicios de radiología y diagnóstico por imagen;
4. procedimientos quirúrgicos;
5. uso de antibióticos y otros medicamentos;
6. errores e incidentes de seguridad relacionados con la medicación;
7. uso de anestesia y sedación;
8. uso de sangre y hemoderivados;
9. disponibilidad, contenido y el uso de la historia clínica;
10. prevención, control y notificación de infecciones; e
11. investigación clínica.

Al menos cinco de las medidas clínicas deben seleccionarse la Librería de Medidas de la Joint Commission International.

Las medidas seleccionadas para las áreas de gestión relevantes incluyen:

- a. obtención de los suministros y medicamentos habitualmente necesarios, esenciales para atender las necesidades del paciente;
- b. informe de actividades según lo requieran las leyes y reglamentaciones;
- c. gestión de riesgos;
- d. gestión de la utilización;
- e. expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia;
- f. expectativas y la satisfacción del personal;
- g. datos demográficos y diagnósticos clínicos del paciente;
- h. administración financiera; y
- i. prevención y control de incidentes que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes, de las familias y del personal.

Para cada una de estas áreas, los líderes deciden

- el proceso, procedimiento o resultado a medir;
- la disponibilidad de “ciencia” o “evidencia” que respalde la medida;
- la forma en que se logrará la medición;
- el modo en que las medidas entran dentro del plan global de la organización para la medición de calidad y la seguridad del paciente;
- y
- la frecuencia de la medición.

La identificación del proceso (del procedimiento o del resultado a medir) es, claramente, el paso más importante. Es preciso que la medida se concentre en estos procesos, tales como, los puntos de riesgo en los procesos, los procedimientos que con frecuencia presentan problemas o se realizan en grandes cantidades y los resultados que pueden definirse claramente y que están bajo el control de la organización. Por ejemplo, una organización puede optar por medir un procedimiento quirúrgico en particular (como la reparación de un labio leporino), o una clase de procedimientos quirúrgicos (por ejemplo, procedimientos ortopédicos). Además, la organización quizá desee medir el proceso empleado para seleccionar el procedimiento quirúrgico para la reparación del labio leporino y desee medir el proceso de alineación de prótesis en un procedimiento de artroplastia de cadera. La frecuencia de la recogida de datos está asociada con la frecuencia con la cual se utiliza el proceso o se lleva a cabo el procedimiento en particular. Se necesitan datos suficientes de todos los casos, o un muestreo de casos, para respaldar las conclusiones y las recomendaciones. Cuando una medida existente ya no proporciona datos útiles para analizar los procesos, procedimientos o resultados, se seleccionan nuevas medidas. Por lo tanto, una organización debe contar con un periodo de experiencia de medición en el área identificada; no obstante, las medidas pueden cambiar.

A fin de medir los procesos, la organización necesita determinar cómo organizar las actividades de medición, con qué frecuencia recogerá datos y cómo incorporará la recogida de datos en los procesos de trabajo diarios. Las medidas también resultan útiles para comprender mejor o examinar más profundamente las áreas bajo estudio. Del mismo modo, el análisis de los datos (*véase también* QPS.4 hasta QPS.5) de las medidas

puede dar como resultado estrategias para mejorar en el área que se está monitorizando. La medición es entonces útil para comprender la efectividad de la estrategia de mejora.

Elementos medibles de QPS.3

- 1. Los líderes de la organización identifican las áreas relevantes para la medición y la mejora.
- 2. La medición forma parte del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- 3. Los resultados de la medición se comunican al mecanismo de supervisión, así como periódicamente a los líderes de la organización y a la estructura de gobierno de la organización.

Elementos medibles de QPS.3.1

- 1. Los líderes identifican las medidas clave para la medición de cada una de las áreas clínicas identificadas entre los puntos 1) y 11) de la intención del estándar.
- 2. Al menos 5 de las 11 medidas del área clínica requeridas se seleccionan de la Librería de Medidas de la JCI.
- 3. Los líderes tienen en cuenta la base científica o la evidencia que respalda cada una de las medidas seleccionadas.
- 4. La medición incluye estructura, proceso y resultado.
- 5. Se identifican el alcance, el método y la frecuencia para cada una de las medidas.
- 6. Los datos de medición clínica se utilizan para evaluar la efectividad de las mejoras.

Elementos medibles de QPS.3.2

- 1. Los líderes de gestión identifican las medidas clave para la medición de cada una de las áreas de gestión identificadas entre los puntos 1) y 11) de la intención del estándar.
- 2. Los líderes tienen en cuenta la base científica o la evidencia que respalda cada una de las medidas seleccionadas.
- 3. La medición incluye estructura, proceso y resultado.
- 4. Se identifican el alcance, el método y la frecuencia para cada una de las medidas.
- 5. Los datos de medición de la gestión se utilizan para evaluar la efectividad de las mejoras.

Elementos medibles de QPS.3.3

- 1. Los líderes clínicos y de gestión identifican las medidas relevantes para cada uno de los objetivos internacionales para la seguridad del paciente.
- 2. La medición de los objetivos internacionales para la seguridad del paciente incluyen las áreas identificadas entre IPSG1 y IPSG6.
- 3. Los datos de medición se utilizan para evaluar la efectividad de las mejoras.

Validación y análisis de los datos de medición

Estándar QPS.4

Personas con la experiencia, el conocimiento y las habilidades adecuadas agregan y analizan sistemáticamente los datos en la organización.

Intención de QPS.4

A fin de llegar a conclusiones y tomar decisiones, deben agregarse y analizarse datos y transformarlos en información útil. El análisis de datos involucra a personas que entienden la gestión de la información, están capacitadas en métodos de análisis de datos agregados y saben cómo usar herramientas estadísticas. Las personas responsables del proceso o los resultados que se miden, que pueden tomar medidas al respecto, son informadas del resultado del análisis de datos. Estas personas podrían pertenecer al área clínica, al área de gestión o a una combinación de ambas. Por consiguiente, el análisis de datos proporciona una retroalimentación constante de información sobre gestión de la calidad, para ayudar a dichas personas a tomar decisiones y a mejorar continuamente los procesos clínicos y de gestión.

La comprensión de las técnicas estadísticas resulta útil para el análisis de datos, en especial para interpretar la variación y decidir dónde se necesita mejorar. Las gráficas de comportamiento, las de control, los histogramas y los diagramas de Pareto son ejemplos de herramientas estadísticas útiles para comprender las tendencias y la variabilidad en la atención sanitaria.

Elementos medibles de QPS.4

- 1. Los datos se agregan, se analizan y se transforman en información útil.
 - 2. Las personas con la experiencia clínica o de gestión, el conocimiento y las habilidades adecuadas participan en el proceso.
 - 3. Se usan herramientas y técnicas estadísticas en el proceso de análisis cuando es adecuado.
 - 4. Se informa de los resultados del análisis a las personas responsables de la toma de decisiones. (*véase también* GLD.3.4).
-

Estándar QPS.4.1

La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio y cumple con los requisitos de la organización.

Intención de QPS.4.1

La organización determina la frecuencia con la que se agregan y analizan datos. La frecuencia depende de la actividad o el área que se esté midiendo, la frecuencia de la medición (*véase también* QPS.3) y las prioridades de la organización. Por ejemplo, los datos de monitorización de calidad del laboratorio clínico podrán analizarse semanalmente para cumplir con las reglamentaciones locales y los datos sobre caídas de los pacientes podrán analizarse mensualmente, si las caídas fueran poco frecuentes. Por consiguiente, la agregación de datos en determinados puntos en el tiempo permite a la organización juzgar la estabilidad de un proceso en particular, o la predicción de un resultado particular en relación con las expectativas.

Elementos medibles de QPS.4.1

- 1. La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio.
 - 2. La frecuencia del análisis de datos se adapta a los requisitos de la organización.
-

Estándar QPS.4.2

El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otras organizaciones cuando estén disponibles y con estándares científicos y prácticas deseables.

Intención de QPS.4.2

El objetivo del análisis de datos es poder comparar una organización de cuatro formas:

1. consigo misma a lo largo del tiempo, como por ejemplo mes a mes, o de un año a otro;
2. con otras organizaciones similares, como por ejemplo mediante bases de datos de referencia (*véase también* MCI.20.3, EM 3);
3. con estándares, tales como las establecidas por los cuerpos de acreditación y profesionales, o las establecidas por leyes y reglamentaciones;
- y
4. con las prácticas reconocidas deseables identificadas en la literatura como las mejores o superiores, o con guías de práctica clínica.

Estas comparaciones ayudan a la organización a entender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y ayudan a concentrarse en los esfuerzos de mejora.

Elementos medibles de QPS.4.2

- 1. Dentro de la organización las comparaciones se hacen a lo largo del tiempo.
- 2. Cuando es posible, se hacen comparaciones con organizaciones similares.
- 3. Cuando corresponde, se hacen comparaciones con estándares.
- 4. Se hacen comparaciones con las prácticas deseables conocidas.

Estándar QPS.5

La organización tiene un proceso interno para validar los datos.

Intención de QPS.5

Un programa de mejora sólo tiene la validez que tengan los datos que se recogen. La validez de las medidas, por lo tanto, es fundamental para todas las mejoras. Para garantizar que han recogido datos buenos y útiles, se debe implementar un proceso interno de validación de los datos. La validación de los datos es más importante cuando:

- Se implementa una nueva medida (en particular las medidas clínicas que pretenden ayudar a que una organización evalúe y mejore un proceso o resultado clínico).
- Se harán públicos los datos en la página web de la organización o de otra forma;
- Se ha hecho algún cambio en una medida existente, como por ejemplo que se hayan modificado las herramientas de recogida de datos o se haya cambiado el proceso de abstracción de datos.
- Los datos resultantes de una medida existente han cambiado de forma inesperada;
- La fuente de datos ha cambiado, como cuando parte de la historia clínica del paciente se ha cambiado a un formato electrónico y, por lo tanto, la fuente de datos está actualmente tanto en papel como en formato electrónico, o
- El aspecto cuyos datos se están recogiendo ha cambiado, como por ejemplo cambios en la edad media de los pacientes, comorbilidades, cambios en el protocolo de investigación, implementación de nuevas guías de práctica clínica o introducción de unas tecnologías y metodologías de tratamiento.

La validación de datos es una herramienta importante para conocer la calidad de los datos recogidos y para establecer el nivel de confianza en la información que pueden tener los encargados de la toma de decisiones. La validación de los datos se convierte en uno de los pasos del proceso de establecer prioridades para la medición, seleccionar qué aspectos se deben medir, seleccionar y probar la medida, recoger los datos, validar los datos y utilizar los datos para mejora.

Los elementos esenciales de un proceso creíble de validación de datos incluyen:

- a) Recogida de datos por duplicado por parte de una segunda persona no implicada en la recogida de datos inicial.
- b) Uso de una muestra estadísticamente válida de historias, casos y otros datos. Una muestra del 100% sólo será necesaria cuando el número de historias, casos o de otros datos sea muy pequeño.
- c) Comparar los datos originales con los datos recogidos por duplicado.
- d) Calcular la fiabilidad dividiendo el número de casos recogidos con el mismo resultado entre el número total de casos y multiplicando el total por 100. A partir de un 90% se considera un buen nivel de fiabilidad.
- e) Cuando ambos procesos de recogida de datos no obtienen los mismos resultados, se identifican los motivos (por ejemplo, que las definiciones de los datos no sean claras) y se toman acciones correctivas.
- f) Se recoge una nueva muestra después de implementar las acciones correctivas para garantizar que las acciones han obtenido el nivel de fiabilidad deseado. (*véase también* QPS.11; EM.4)

Elementos medibles de QPS.5

- 1. La organización incorpora la validación de los datos dentro de los procesos de gestión y mejora de calidad.
 - 2. La organización tiene un proceso interno para validar los datos que incluye los aspectos de a) a f) de la intención del estándar.
 - 3. El proceso de validación de datos incluye al menos las medidas solicitadas en el estándar QPS.3.1.
-

Estándar QPS.5.1

Cuando la organización publica sus datos o los muestra en su página web, los líderes de la organización garantizan la validez de los datos.

Intención de QPS.5.1

Cuando una organización publica datos de resultados clínicos, de seguridad del paciente o de otros aspectos, o muestra sus datos en su página web o de otras formas, la organización tiene la obligación ética de

proporcionar al público información precisa y fiable. Esto se puede establecer mediante el proceso interno de validación de datos de las evaluaciones o, como alternativa, puede ser evaluado por un organismo independiente.

Elementos medibles de QPS.5.1

- 1. Los líderes de la organización son responsables de la validez de los datos de calidad y los datos de resultados publicados.
 - 2. Se ha evaluado la fiabilidad y la validez de los datos publicados.
-

Estándar QPS.6

La organización emplea un proceso definido para identificar y gestionar eventos centinela.

Intención de QPS.6

Cada organización establece una definición operativa de evento centinela que incluye, al menos:

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

La definición de evento centinela de la organización incluye los puntos a) hasta c) antes mencionados y puede incluir otros eventos, según lo requieran las leyes o las reglamentaciones o según la organización lo estime adecuado para agregarlo a su lista de eventos centinela.

Todos los eventos que cumplen con la definición se evalúan mediante un análisis causa raíz creíble.

Cuando el análisis causa raíz revela que mejoras en los sistemas u otras acciones pueden prevenir o reducir el riesgo de que tales acontecimientos vuelvan a ocurrir, la organización rediseña los procesos y toma las medidas adicionales que sean adecuadas para tal fin.

Es importante notar que el término “evento centinela” (*véase también* “Política de eventos centinela de JCI”) no siempre hace referencia a un error o una equivocación, ni sugiere alguna responsabilidad legal en particular (*véase también* SQE.11, EM 4).

Elementos medibles de QPS.6

- 1. Los líderes del hospital han establecido una definición de evento centinela que incluye al menos los puntos a) hasta c) incluidos en la declaración de intención.
 - 2. La organización lleva a cabo un análisis causa raíz de todos los eventos centinela dentro del período de tiempo especificado por los líderes del hospital.
 - 3. Los eventos se analizan cuando ocurren.
 - 4. Los líderes del hospital toman medidas respecto a los resultados del análisis de las causa raíz.
-

Estándar QPS.7

Se analizan los datos cuando muestran tendencias y variaciones no deseadas.

Intención de QPS.7

Cuando la organización detecta o sospecha un cambio no deseado respecto a lo esperado, inicia un análisis en profundidad para determinar dónde es mejor concentrar la mejora (*véase también* MM.7.1, intención del estándar). En particular, el análisis en profundidad se inicia cuando los niveles, patrones o tendencias varían significativamente y de manera no deseada de

- lo que se esperaba;
- los de otras organizaciones;
- o
- los estándares reconocidos.

Se realiza un análisis para lo siguiente:

- a) Todas las reacciones confirmadas ante transfusiones, si aplica a la organización.
- b) Todos los eventos adversos graves de fármacos, si correspondiera y según lo definido por la organización.
- c) Todos los errores relevantes en la administración de medicamentos, si correspondiera y según lo definido por la organización.
- d) Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
- e) Eventos adversos o patrones de eventos durante el empleo de sedación moderada o profunda y anestesia.
- f) Otros eventos tales como brotes de enfermedades infecciosas.

Elementos medibles de QPS.7

- 1. El análisis en profundidad de datos tiene lugar cuando ocurren niveles, patrones o tendencias adversas.
 - 2. Se analizan todas las reacciones confirmadas ante transfusiones, si aplica a la organización.
 - 3. Se analizan todos los eventos adversos graves de fármacos, si correspondiera y según lo definido por la organización. (*Véase también MMU.7, EM 3*)
 - 4. Se analizan todos los errores relevantes en la administración de medicamentos, si correspondiera y según lo definido por la organización. (*Véase también MMU.7.1, EM 1*)
 - 5. Se analiza toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.
 - 6. Se analizan todos los eventos adversos o patrones de eventos durante la utilización de sedación moderada o profunda y anestesia.
 - 7. Se analizan otros acontecimientos definidos por la organización.
-

Estándar QPS.8

La organización emplea un proceso definido para la identificación y el análisis de incidentes de seguridad que no llegaron al paciente (near misses).

Intención de QPS.8

En un intento por aprender de manera proactiva dónde puede residir la vulnerabilidad del sistema a la ocurrencia real de eventos adversos, la organización recoge datos e información sobre los acontecimientos considerados como incidentes de seguridad que no llegaron al paciente (“near misses”) y evalúa dichos incidentes en un esfuerzo por prevenir que en la práctica lleguen a ocurrir. En primer lugar, la organización establece una definición de las ocasiones que representan incidentes de seguridad y del tipo de incidente que debe notificarse. En segundo lugar, se implementa un mecanismo de notificación y, finalmente, existe un proceso para agregar y analizar los datos para aprender aquellos aspectos en los que los cambios proactivos del proceso reducirían o eliminarían el incidente de seguridad del paciente.

Elementos medibles de QPS.8

- 1. La organización establece una definición de incidentes de seguridad que no llegaron al paciente.
 - 2. La organización define qué tipo de incidentes de seguridad que no llegaron al paciente debe notificarse. (*Véase también MMU.7.1 para incidentes de seguridad relacionados con el uso de medicamentos*).
 - 3. La organización establece el proceso para notificar los incidentes de seguridad que no llegaron al paciente. (*Véase también MMU.7.1 para incidentes de seguridad relacionados con el uso de medicamentos*).
 - 4. Se analizan los datos y se toman medidas para reducir los incidentes de seguridad del paciente (*Véase también MMU.7.1, EM3*).
-

Logro de mejoras sostenidas

Estándar QPS.9

Se logra y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad.

Intención de QPS.9

La organización emplea la información proveniente del análisis de datos para identificar posibles mejoras o reducir (o prevenir) eventos adversos. Los datos de mediciones de rutina, al igual que los datos de evaluaciones intensivas, contribuyen a comprender dónde debe planificarse una mejora y qué prioridad es preciso dar a dicha mejora. En particular, las mejoras se planifican para las áreas prioritarias de recogida de datos identificadas por los líderes.

Elementos medibles de QPS.9

- 1. La organización planifica e implementa mejoras en calidad y seguridad del paciente.
 - 2. La organización utiliza un proceso consistente para identificar las mejoras prioritarias que son identificadas por los líderes.
 - 3. La organización documenta las mejoras logradas y sostenidas.
-

Estándar QPS.10

Se emprenden actividades de mejora y de seguridad para las áreas prioritarias que identifican los líderes de la organización.

Intención de QPS.10

La organización utiliza recursos adecuados e involucra a las personas, disciplinas y departamentos más cercanos a los procesos o actividades a mejorar. La responsabilidad de la planificación y realización de una mejora se asigna a personas a título individual o a un equipo, se proporciona toda capacitación necesaria y se ponen a disposición la gestión de la información u otros recursos.

Una vez planificados, los datos se recogen durante un período de prueba para demostrar que el cambio planificado ha supuesto realmente una mejora. A fin de asegurar que la mejora sea sostenida, se recogen datos de medición para realizar un análisis permanente. Se incorporan los cambios efectivos al procedimiento de trabajo habitual y se llevan a cabo las actividades de formación del personal que sean necesarias. La organización documenta aquellas mejoras logradas y sostenidas como parte de su programa de gestión y mejora de la calidad.

Elementos medibles de QPS.10

- 1. Las áreas prioritarias que identifican los líderes de la organización se incluyen en las actividades de mejora. (*Véase también QPS.3, EM 1*)
 - 2. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros recursos necesarios para llevar a cabo las mejoras.
 - 3. Los cambios se planifican y se prueban.
 - 4. Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.
 - 5. Existen datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.
 - 6. Se hacen cambios a la política a fin de planificar, llevar a cabo y mantener las mejoras.
 - 7. Se documentan las mejoras exitosas.
-

Estándar QPS.11

Se utiliza un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal.

Intención de QPS.11

Las organizaciones necesitan adoptar un proceso proactivo de gestión de riesgos. Una forma de hacerlo es formalizar un programa de gestión de riesgos cuyos componentes esenciales sean:

- a) Identificación de riesgos
- b) Priorización de riesgos
- c) Notificación de riesgos
- d) Gestión de riesgos
- e) Análisis de eventos adversos
- f) Gestión de reclamaciones relacionadas, etc.

Un elemento importante para la gestión de riesgos y el análisis de riesgos es un proceso para analizar los incidentes de seguridad que no llegaron a representar un evento adverso y demás procesos de alto riesgo en los cuales un fallo podría dar como resultado un evento centinela. Una herramienta que proporción dicho análisis proactivo de las consecuencias que un evento podría producir en un proceso crítico, de alto riesgo, es el Análisis Modal de Fallos y Efectos, AMFE. La organización también puede identificar y usar herramientas similares para identificar y reducir riesgos, como un análisis de vulnerabilidad de riesgo.

Para usar de forma efectiva esta herramienta u otras similares, es preciso que los líderes de la organización adopten y aprendan el enfoque, se pongan de acuerdo sobre una lista de procesos de alto riesgo en términos de seguridad del paciente y del personal y que usen la herramienta en un proceso de riesgo prioritario. Tras el análisis de los resultados, los líderes de la organización toman medidas para rediseñar el proceso o acciones similares para reducir el riesgo en el proceso. Este proceso de reducción de riesgos se lleva a cabo al menos una vez al año y se documenta.

Elementos medibles de QPS.11

- 1. Los líderes de la organización adoptan un marco para la gestión de riesgos que incluye de la a) a la f) de la intención del estándar.
- 2. La organización lleva a cabo y documenta el uso de una herramienta proactiva de reducción de riesgos, al menos una vez por año, sobre uno de los procesos de riesgo prioritario.
- 3. Los líderes de la organización toman medidas para rediseñar los procesos de alto riesgo basándose en el análisis.



Prevención y control de infecciones (PCI)

Perspectiva general

El objetivo del programa de prevención y control de infecciones de una organización es identificar y disminuir los riesgos de contracción y transmisión de infecciones entre los pacientes, el personal, los profesionales sanitarios, los trabajadores contratados, los voluntarios, los estudiantes y las visitas.

Los riesgos de infección y las actividades del programa pueden diferir de una organización a otra, dependiendo de las actividades y servicios clínicos de la organización, la o las poblaciones de pacientes que atiende, su ubicación geográfica, el volumen de pacientes y la cantidad de empleados.

Los programas efectivos tienen en común líderes identificados, personal bien capacitado, métodos para identificar y abordar los riesgos de infección en forma proactiva, políticas y procedimientos adecuados, educación del personal y coordinación en toda la organización.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, *Véase también* la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

Liderazgo y coordinación del programa

- PCI.1 Una o más personas supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones. Esta o estas personas están cualificadas para trabajar con prácticas de prevención y control de infecciones mediante su educación, capacitación, experiencia o certificaciones.
- PCI.2 Existe un mecanismo de coordinación diseñado para todas las actividades de prevención y control de infecciones que involucran a médicos, personal de enfermería y demás personas, según sea adecuado para el tamaño y la complejidad de la organización.
- PCI.3 El programa de prevención y control de infecciones está basado en el conocimiento científico actual, guías clínicas aceptadas, las leyes y reglamentaciones correspondientes y los estándares de salubridad y limpieza.
- PCI.4 Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el programa de prevención y control de infecciones.

Enfoque del programa

- PCI.5 La organización diseña e implementa un programa integral para reducir los riesgos de infecciones asociadas con la atención sanitaria en pacientes y personal sanitario.
 - PCI.5.1 Todas las áreas de pacientes, personal y visitas de la organización están incluidas en el programa de prevención y control de infecciones.

- PCI.6 La organización utiliza un enfoque basado en riesgos para establecer el enfoque del programa de prevención y reducción de infecciones asociadas con la atención sanitaria.
- PCI.7 La organización identifica los procedimientos y procesos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir dicho riesgo.
 - PCI.7.1 La organización disminuye el riesgo de infecciones asegurando la higiene y esterilización adecuadas del equipo y la gestión debida de la ropa sucia y la ropa de cama.
 - PCI.7.1.1 Hay una política y procedimiento implementados que identifican el proceso para gestionar dispositivos caducados y define las condiciones en las que se pueden volver a utilizar dispositivos y materiales desechables, siempre que la ley y las normativas lo permitan.
 - PCI.7.2 La organización reduce el riesgo de infecciones mediante el desecho adecuado de residuos.
 - PCI.7.3 La organización cuenta con una política y un procedimiento para desechar objetos punzantes y cortantes.
 - PCI.7.4 La organización reduce el riesgo de infecciones en la instalación asociadas con el funcionamiento del servicio de alimentación y de los controles mecánicos y de ingeniería.
 - PCI.7.5 La organización reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante una demolición, construcción o renovación.

Procedimientos de aislamiento

- PCI.8 La organización proporciona precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen a los pacientes, a las visitas y al personal contra las enfermedades contagiosas y protegen a los pacientes inmunodeprimidos contra las infecciones a las que son extremadamente propensos.

Técnicas de barrera e higiene de las manos

- PCI.9 Hay guantes, máscaras, protección ocular y demás equipo de protección, jabón y desinfectantes disponibles y se usan correctamente cuando es necesario.

Integración del programa con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente

- PCI.10 El proceso de prevención y control de infecciones está integrado con el programa global de la organización para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
 - PCI.10.1 La organización monitoriza riesgos de infección, tasas de infección y tendencias de las infecciones asociadas con la atención sanitaria.
 - PCI.10.2 La mejora de calidad incluye el uso de medidas relacionados con asuntos de infecciones que son importantes para la organización desde el punto de vista epidemiológico.

- PCI.10.3 La organización emplea información de riesgos, tasas y tendencias para diseñar o modificar los procesos de reducción de riesgos de infecciones asociadas con la atención sanitaria hasta llegar a los niveles más bajos que sean posibles.
- PCI.10.4 La organización compara sus tasas de infecciones asociadas con la atención sanitaria con las de otras organizaciones, a través de bases de datos comparativas.
- PCI.10.5 Los resultados de la medición de la prevención y el control de infecciones en la organización se comunican regularmente a los líderes y al personal.
- PCI.10.6 La organización comunica la información sobre infecciones a los organismos externos de salud pública relevantes.

Educación del personal acerca del programa

- PCI.11 La organización imparte educación sobre prácticas de prevención y control de infecciones al personal, a los médicos, a los pacientes y a los familiares y demás cuidadores cuando esté indicado por su implicación en la atención.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Liderazgo y coordinación del programa

Estándar PCI.1

Una o más personas supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones. Esta o estas personas están cualificadas para trabajar con prácticas de prevención y control de infecciones mediante su educación, capacitación, experiencia o certificaciones.

Intención de PCI.1

El programa de prevención y control de infecciones cuenta con una supervisión adecuada al tamaño de la organización, los niveles de riesgo, la complejidad de las actividades y el alcance del programa. Una o más personas, dedicadas a tiempo completo o a tiempo parcial, proporcionan dicha supervisión como parte de sus responsabilidades asignadas o por la descripción de su(s) puesto(s). Su cualificación depende de las actividades que realizan y puede obtenerse a través de

- educación;
- capacitación;
- experiencia
y
- certificación o habilitación.

Elementos medibles de PCI.1

- 1. Una o más personas supervisan el programa de prevención y control de infecciones.
- 2. La o las personas están cualificadas de acuerdo con el tamaño de la organización, los niveles de riesgo y el alcance y la complejidad del programa.
- 3. La o las personas cumplen las responsabilidades de supervisión tal como están asignadas o descritas en una descripción del puesto.

Estándar PCI.2

Existe un mecanismo de coordinación diseñado para todas las actividades de prevención y control de infecciones que involucran a médicos, personal de enfermería y demás personas, según sea adecuado para el tamaño y la complejidad de la organización.

Intención de PCI.2

Las actividades de prevención y control de infecciones llegan a todas partes dentro de una organización sanitaria e involucran a personas en múltiples departamentos y servicios, por ejemplo en departamentos clínicos, mantenimiento de la instalación, servicios de alimentación (catering), limpieza, laboratorio, farmacia y servicios de esterilización. Existe un mecanismo diseñado para coordinar el programa global. Dicho mecanismo puede ser un pequeño grupo de trabajo, un comité coordinador, un equipo operativo u otro mecanismo. Las responsabilidades incluyen, por ejemplo, la determinación de criterios para definir las infecciones asociadas con la atención sanitaria, el establecimiento de métodos para la recogida (vigilancia) de datos, el diseño de estrategias para ocuparse de la prevención de infecciones y el control de riesgos y los procesos de informe. La coordinación implica comunicarse con todas las partes de la organización para garantizar que el programa sea continuo y proactivo.

Cualquiera que sea el mecanismo escogido por la organización para coordinar el programa de prevención y control de infecciones, los médicos y el personal de enfermería están representados y participan en las actividades con los profesionales de prevención y control de infecciones. Se pueden incluir otras personas, según lo determine el tamaño de la organización y la complejidad de los servicios (por ejemplo, un epidemiólogo, un experto en recogida de datos, un estadístico, un gerente de esterilización central, un microbiólogo, un farmacéutico, servicios de limpieza, servicios medioambientales o para las instalaciones o un evaluador de quirófano).

Elementos medibles de PCI.2

- 1. Existe un mecanismo diseñado para la coordinación del programa de prevención y control de infecciones.
 - 2. La coordinación de las actividades de prevención y control de infecciones implica la participación de los médicos.
 - 3. La coordinación de las actividades de prevención y control de infecciones implica la participación del personal de enfermería.
 - 4. La coordinación de las actividades de prevención y control de infecciones implica la participación de profesionales de prevención y control de infecciones.
 - 5. La coordinación de las actividades de prevención y control de infecciones implica al personal de limpieza.
 - 6. La coordinación de las actividades de prevención y control de infecciones implica la participación de otras personas, según sea adecuado a la organización.
-

Estándar PCI.3

El programa de prevención y control de infecciones está basado en el conocimiento científico actual, guías clínicas aceptadas, las leyes y reglamentaciones correspondientes y los estándares de salubridad y limpieza.

Intención de PCI.3

La información es esencial para un programa de prevención y control de infecciones. La información científica actual es necesaria para comprender e implementar actividades efectivas de vigilancia y control y puede provenir de muchas fuentes, tanto nacionales como internacionales; por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica guías para la higiene de las manos, entre otras. Las guías clínicas proporcionan información sobre prácticas preventivas e infecciones asociadas con los servicios clínicos y de apoyo. Las leyes y reglamentaciones correspondientes definen elementos del básicos del programa, la respuesta ante brotes de enfermedades infecciosas y todos los requisitos de notificación (*véase también el FMS.5*).

Elementos medibles de PCI.3

- 1. El programa de prevención y control de infecciones se basa en el conocimiento científico actual.
 - 2. El programa de prevención y control de infecciones se basa en guías clínicas aceptadas.
 - 3. El programa de prevención y control de infecciones se basa en las leyes y reglamentaciones correspondientes.
 - 4. El programa de prevención y control de infecciones se basa en los estándares de salubridad y limpieza de las agendas locales o nacionales.
-

Estándar PCI.4

Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el programa de prevención y control de infecciones.

Intención de PCI.4

El programa de prevención y control de infecciones requiere contar con el personal adecuado para cumplir con los objetivos del programa y las necesidades de la organización, según sean determinados por el cuerpo/mecanismo de supervisión y aprobados por el liderazgo de la organización.

Además, el programa de prevención y control de infecciones necesita recursos para proporcionar formación a todo el personal y suministros, como soluciones hidroalcohólicas para la higiene de manos. Los líderes de la organización garantizan que el programa cuente con los recursos adecuados para llevarlo a cabo de forma efectiva.

Los sistemas de gestión de la información son un recurso importante para respaldar el seguimiento de riesgos, tasas y tendencias en infecciones asociadas con la atención sanitaria. Las funciones de gestión de la información respaldan el análisis, la interpretación y la presentación de conclusiones de los datos. Además, los datos y la información del programa de control de infecciones se gestionan junto a los del programa de gestión y mejora de calidad de la organización.

Elementos medibles de PCI.4

- 1. El programa de prevención y control de infecciones cuenta con el personal adecuado, conforme a lo aprobado por el liderazgo.
- 2. Los líderes de la organización asignan recursos adecuados para el programa de prevención y control de infecciones.
- 3. Los sistemas de gestión de la información respaldan el programa de prevención y control de infecciones.

Enfoque del programa

Estándar PCI.5

La organización diseña e implementa un programa integral para reducir los riesgos de infecciones asociadas con la atención sanitaria en pacientes y personal sanitario.

Intención de PCI.5

Para que un programa de prevención y control de infecciones sea efectivo, debe ser integral, abarcando tanto la atención al paciente como la salud de los empleados. El programa cuenta con la guía de un plan que identifica y aborda los problemas de infección que son importantes, desde el punto de vista epidemiológico, para la organización. Además, el programa y el plan se adecuan al tamaño y a la ubicación geográfica de la organización, a sus servicios y pacientes. El programa incluye sistemas para controlar infecciones e investigar brotes de enfermedades infecciosas. Existen políticas y procedimientos que guían el programa. La evaluación periódica de los riesgos y la implementación de objetivos de reducción de riesgos guían el programa.

Elementos medibles de PCI.5

- 1. Existen un programa integral y un plan para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria en los pacientes.
- 2. Existen un programa integral y un plan para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria en el personal sanitario. (*Véase también* SQE.8.4)
- 3. El programa incluye actividades de vigilancia sistemáticas y proactivas para determinar las tasas habituales (endémicas) de infección.
- 4. El programa incluye sistemas para investigar brotes de enfermedades infecciosas. (*Véase también* el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 5, EM 1)
- 5. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían el programa.
- 6. Las metas de reducción de riesgos y objetivos medibles se establecen y revisan regularmente.
- 7. El programa se adecua al tamaño y a la ubicación geográfica de la organización, a sus servicios y pacientes.

Estándar PCI.5.1

Todas las áreas de pacientes, personal y visitas de la organización están incluidas en el programa de prevención y control de infecciones.

Intención de PCI.5.1

Las infecciones pueden entrar en la organización a través de los pacientes, las familias, el personal, los voluntarios, las visitas u otras personas, como por ejemplo vendedores. Por consiguiente, deben incluirse en el programa de vigilancia, prevención y control de infecciones todas las áreas de la organización donde se encuentren estas personas.

Elementos medibles de PCI.5.1

- 1. Todas las áreas de atención a pacientes de la organización están incluidas en el programa de prevención y control de infecciones.
- 2. Todas las áreas de personal de la organización están incluidas en el programa de prevención y control de infecciones.
- 3. Todas las áreas de visitas de la organización están incluidas en el programa de prevención y control de infecciones.

Estándar PCI.6

La organización utiliza un enfoque basado en riesgos para establecer el enfoque del programa de prevención y reducción de infecciones asociadas con la atención sanitaria.

Intención de PCI.6

Cada organización debe identificar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, los sitios de infección y los dispositivos, procedimientos y prácticas asociados que centrarán los esfuerzos para prevenir y reducir el riesgo y la incidencia de las infecciones asociadas con la atención sanitaria. Las organizaciones emplean un enfoque basado en riesgos para identificar las prácticas y las infecciones en las que deberían centrar su programa. El enfoque basado en riesgos utiliza los datos de vigilancia como un componente importante para la recogida y el análisis de datos que guía la evaluación de riesgos.

Las organizaciones recogen y evalúan datos de las siguientes infecciones y áreas relevantes:

- a) las vías respiratorias, tales como los procedimientos y equipos asociados con la intubación, soporte de ventilación mecánica, traqueotomía, etc.;
- b) las vías urinarias, tales como los procedimientos invasivos y el equipo asociado con las sondas urinarias permanentes, los sistemas de drenaje urinario y su atención, etc.;
- c) los dispositivos intravasculares invasivos, tales como la inserción y cuidado de catéteres venosos centrales, vías venosas periféricas, etc.;
- d) las heridas quirúrgicas, tales como su atención y tipo de vendaje y los procedimientos asépticos asociados;
- e) las enfermedades y organismos relevantes desde el punto de vista epidemiológico, organismos resistentes a múltiples fármacos, infecciones sumamente virulentas;
- f) infecciones emergentes o recurrentes dentro de la comunidad.

Elementos medibles de PCI.6

- 1. La organización ha establecido el enfoque del programa mediante la recogida de datos de los elementos a) hasta f) de la intención del estándar.
 - 2. Se analizan los datos recogidos de los elementos a) a f).
 - 3. En base a la evaluación y el análisis de los datos se toman medidas para establecer o modificar el foco del programa de prevención y control de la infección de la organización.
 - 4. La organización evalúa estos riesgos al menos una vez al año y se documenta la evaluación.
-

Estándar PCI.7

La organización identifica los procedimientos y procesos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir dicho riesgo.

Intención de PCI.7

Las organizaciones sanitarias evalúan y atienden a los pacientes empleando muchos procesos simples y complejos, cada uno de ellos asociado con un nivel de riesgo de infección para los pacientes y el personal. Por lo tanto, es importante que la organización mida y revise estos procesos y, según corresponda, implemente las políticas, procedimientos, actividades de formación y demás actividades necesarias para reducir el riesgo de infección.

Elementos medibles de PCI.7

- 1. La organización identifica los procesos asociados con el riesgo de infección. (*Véase también* MMU.5, EM 1)
- 2. La organización implementa estrategias para reducir el riesgo de infección en esos procesos. (*Véase también* MMU.5, EM 1)
- 3. La organización identifica qué riesgos (*véase también* PCI.7.1 hasta PCI.7.5) requieren políticas y/o procedimientos, educación del personal, cambios de práctica y otras actividades para apoyar la reducción de riesgos.

Estándar PCI.7.1

La organización disminuye el riesgo de infecciones asegurando la higiene y esterilización adecuadas del equipo y la gestión debida de la ropa sucia y la ropa de cama.

Intención de PCI.7.1

El riesgo de infección se minimiza con los debidos procesos de limpieza, desinfección y esterilización, tales como la limpieza y desinfección de endoscopios, la esterilización del instrumental quirúrgico y demás equipos para procedimientos invasivos o no invasivos. La limpieza, la desinfección y la esterilización pueden realizarse en un área de esterilización centralizada o, con la correspondiente supervisión, en otras áreas de la organización, tales como en el área de endoscopia. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización mantienen los mismos estándares aunque se lleven a cabo en distintas áreas de la organización. Además, la gestión correcta de la ropa sucia y la ropa de cama puede dar como resultado una reducción en la contaminación de la ropa de cama limpia y del riesgo de infección para el personal proveniente de la ropa sucia y de la ropa de cama sucia.

Elementos medibles de PCI.7.1

- 1. Los métodos de limpieza y esterilización de equipos en un servicio central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.
- 2. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos realizados fuera de un servicio central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.
- 3. La gestión de la ropa sucia y la ropa de cama es adecuada para minimizar riesgos para el personal y los pacientes.
- 4. Existe un proceso coordinado de supervisión que garantiza que los métodos para toda limpieza, desinfección y esterilización son los mismos en toda la organización.

Estándar PCI.7.1.1

Hay una política y procedimiento implementados que identifican el proceso para gestionar dispositivos caducados y define las condiciones en las que se pueden volver a utilizar dispositivos y materiales desechables, siempre que la ley y las normativas lo permitan.

Intención de PCI.7.1.1

La mayoría de los materiales médicos (catéteres, suturas, etc.) tienen una fecha de caducidad. Cuando la fecha de caducidad ha pasado, el fabricante ya no garantiza la esterilización, seguridad y estabilidad de los materiales. Algunos materiales contienen instrucciones que indican que el producto se mantiene estéril mientras no se altere el empaquetado. La organización debe tener una política que defina el proceso para garantizar una gestión adecuada de los materiales caducados.

Además, ciertos dispositivos desechables se pueden volver a utilizar bajo ciertas circunstancias. Hay dos riesgos asociados a la reutilización de dispositivos desechables: aumenta el riesgo de infección y hay riesgo de que el funcionamiento del dispositivo sea incorrecto o inadecuado una vez se haya reprocesado. Cuando se vuelven a utilizar dispositivos desechables, existe una política del hospital que guía dicha reutilización. La política coincide con estándares reglamentarios y profesionales. La política incluye la identificación de:

- a) dispositivos y materiales que jamás pueden volver a ser utilizados;
- b) el número máximo de reutilizaciones de dispositivos y materiales que se vuelven a usar;
- c) los tipos de desgaste, roturas, etc., que indican que el dispositivo no puede volverse a usar;
- d) los procesos de limpieza de dispositivos, que comienzan inmediatamente después del uso y siguen un protocolo claro;
- y
- e) el proceso de recogida, análisis y uso de datos de control de infecciones relacionadas con dispositivos y materiales reutilizados.

Elementos medibles de PCI.7.1

- 1. Existe una política y un procedimiento consistente con la legislación, normativa y estándares profesionales vigentes que identifica el proceso para gestionar dispositivos caducados.
- 2. Cuando se vuelven a utilizar dispositivos y materiales desechables, la política incluye los puntos a) hasta e) de la declaración de intención.

- 3. Se implementa la política.
 - 4. Se monitoriza la política.
-

Estándar PCI.7.2

La organización reduce el riesgo de infecciones mediante el desecho adecuado de residuos.

Intención de PCI.7.2

Las organizaciones sanitarias producen a diario un volumen considerable de residuos. Con frecuencia esos residuos son o pueden ser infecciosos. Por consiguiente, un adecuado desecho de los residuos contribuye a reducir el riesgo de infecciones en la organización. Esto es cierto en el caso del desecho de fluidos corporales y materiales contaminados con ellos, el desecho de sangre y hemoderivados y los desperdicios de las áreas de depósito de cadáveres y autopsias, cuando las haya.

Elementos medibles de PCI.7.2

- 1. El desecho de residuos infecciosos y de fluidos corporales se gestiona de modo que se minimiza el riesgo de contagio (*véase también* AOP.5.1, intención del estándar).
 - 2. La gestión y desecho de sangre y hemoderivados se realiza de modo que se minimiza el riesgo de contagio (*véase también* AOP.5.1, intención del estándar).
 - 3. La operación del área de depósito de cadáveres y autopsias se gestiona de modo que se minimiza el riesgo de contagio.
-

Estándar PCI.7.3

La organización cuenta con una política y un procedimiento para desechar objetos punzantes y cortantes.

Intención de PCI.7.3

El desecho incorrecto de objetos punzo cortantes representa un importante desafío de seguridad para el personal. La organización garantiza que haya implementada una política que defina debidamente de todos los pasos del proceso, desde el tipo de recipientes y su uso, el desecho de los recipientes y la vigilancia del proceso de desecho.

Elementos medibles de PCI.7.3

- 1. Los objetos punzo cortantes se recogen en recipientes especiales para ello, a prueba de perforaciones, que no vuelven a usarse.
 - 2. El hospital desecha los objetos punzo cortantes de forma segura, o contrata a terceros que se aseguran de que los recipientes para objetos filosos sean desechados en vertederos expresamente destinados a desechos peligrosos, según determine la legislación y normativa nacional.
 - 3. El desecho de objetos punzo cortantes cumple con las políticas de prevención y control de infecciones de la organización.
-

Estándar PCI.7.4

La organización reduce el riesgo de infecciones en la instalación asociadas con el funcionamiento del servicio de alimentación y de los controles mecánicos y de ingeniería.

Intención de PCI.7.4

Los controles de ingeniería, como por ejemplo los sistemas de ventilación positivos, los equipos de protección contra riesgos biológicos en laboratorios, los termostatos en unidades de refrigeración y calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina, son ejemplos del importante rol que cumplen los estándares y controles del entorno que contribuyen con la buena higiene y la reducción de riesgos de infección en la organización.

Elementos medibles de PCI.7.4

- 1. La higiene de la cocina y la preparación y manipulación de alimentos son las adecuadas para minimizar el riesgo de infección.
 - 2. Los controles de ingeniería se implementan, según sea adecuado, para minimizar el riesgo de infección en las áreas adecuadas de la organización.
-

Estándar PCI.7.5

La organización reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante una demolición, construcción o renovación.

Intención de PCI.7.5

Al planificar una demolición, una construcción o una renovación, la organización emplea criterios de riesgo que abordan el impacto de la renovación o la nueva construcción sobre los requisitos de calidad del aire, el control de infecciones, los requisitos de los servicios públicos, el ruido, la vibración y los procedimientos de emergencia.

Elementos medibles de PCI.7.5

- 1. La organización emplea criterios de riesgo para evaluar el impacto de la renovación o la nueva construcción.
 - 2. Se evalúan y manejan los riesgos y el impacto de la renovación o la construcción sobre la calidad del aire y las actividades de prevención y control de infecciones.
-

Procedimientos de aislamiento

Estándar PCI.8

La organización proporciona precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen a los pacientes, a las visitas y al personal contra las enfermedades contagiosas y protegen a los pacientes inmunodeprimidos contra las infecciones a las que son extremadamente propensos.

Intención de PCI.8

La organización elabora políticas y procedimientos que establecen los métodos de aislamiento y de barrera para el hospital. Los mismos se basan en el método de contagio de enfermedades y se ocupan de cada paciente que pueda ser contagioso o estar inmunodeprimido, como también de la afluencia de grandes cantidades de pacientes con infecciones contagiosas.

Es necesario implementar precauciones para las infecciones de transmisión aérea para prevenir la transmisión de agentes infecciosos que pueden permanecer suspendidos en el aire durante largos periodos de tiempo. La mejor localización para un paciente con infección por transmisión aérea es una habitación con presión negativa. Cuando la estructura del edificio impide la construcción inmediata de habitaciones de presión negativa, la organización puede recircular el aire mediante un sistema de tecnología de filtración de aire HEPA, sistema de alta eficiencia que implica al menos 12 cambios de aire a la hora.

Las políticas y los procedimientos deberían abordar el plan para gestionar a los pacientes con infecciones por transmisión aérea durante un periodo de tiempo corto si la habitación de presión negativa o la habitación con sistema de filtración de aire HEPA no están disponibles. Los procedimientos de aislamiento también abordan la protección del personal y de las visitas, del entorno del paciente y de la limpieza de la habitación durante la estancia del paciente y una vez que sea dado de alta.

Elementos medibles de PCI.8

- 1. Los pacientes con enfermedades contagiosas, conocidas o sospechadas, son aislados conforme a la política de la organización y las guías recomendadas.
- 2. Las políticas y procedimientos abordan la separación de los pacientes con enfermedades contagiosas de los pacientes y el personal que corren más riesgo por causa de inmunodepresión o por otros motivos.
- 3. Las políticas y procedimientos abordan la gestión de pacientes con infecciones por transmisión aérea durante un periodo de tiempo corto si la habitación de presión negativa o la habitación con sistema de filtración de aire HEPA no están disponibles.
- 4. La organización cuenta con una estrategia para gestionar una afluencia de pacientes con enfermedades contagiosas.
- 5. Hay habitaciones de presión negativa (o habitaciones con filtros HEPA aprobados) disponibles y se controlan rutinariamente en el caso de pacientes contagiosos que requieren estar aislados por infección por transmisión aérea.
- 6. El personal recibe formación sobre la gestión de pacientes contagiosos.

Técnicas de barrera e higiene de las manos

Estándar PCI.9

Hay guantes, máscaras, protección ocular y demás equipo de protección, jabón y desinfectantes disponibles y se usan correctamente cuando es necesario.

Intención de PCI.9

La higiene de las manos, las técnicas de barrera y los agentes de desinfección son herramientas fundamentales para una prevención y un control de infecciones correctos. La organización identifica aquellas situaciones en las que se necesitan máscaras, protección ocular, batas o guantes, e imparte formación para usarlos correctamente. El jabón, los desinfectantes y las toallas u otros medios de secado se encuentran en las áreas donde es necesario llevar a cabo procedimientos de lavado y desinfección de manos. La organización adopta las guías clínicas de higiene de manos (el empleo de las guías clínicas está marcado en el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 5, EM 2), y las publica en los lugares adecuados; el personal recibe educación sobre la forma correcta de lavarse las manos, de desinfectarlas o sobre procedimientos de desinfección de superficies.

Elementos medibles de PCI.9

- 1. La organización identifica las situaciones en las que es preciso usar guantes y/o máscaras o protección ocular.
- 2. Los guantes y/o máscaras o protección ocular se usan correctamente en dichas situaciones.
- 3. La organización identifica las situaciones en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies.
- 4. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dicha áreas.
- 5. La organización adopta guías clínicas de higiene de manos de una fuente de autoridad.

Integración del programa con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente

Estándar PCI.10

El proceso de prevención y control de infecciones está integrado con el programa global de la organización para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

Estándar PCI.10.1

La organización monitoriza riesgos de infección, tasas de infección y tendencias de las infecciones asociadas con la atención sanitaria.

Estándar PCI.10.2

La mejora de calidad incluye el uso de medidas relacionados con asuntos de infecciones que son importantes para la organización desde el punto de vista epidemiológico.

Estándar PCI.10.3

La organización emplea información de riesgos, tasas y tendencias para diseñar o modificar los procesos de reducción de riesgos de infecciones asociadas con la atención sanitaria hasta llegar a los niveles más bajos que sean posibles.

Estándar PCI.10.4

La organización compara sus tasas de infecciones asociadas con la atención sanitaria con las de otras organizaciones, a través de bases de datos comparativas.

Estándar PCI.10.5

Los resultados de la medición de la prevención y el control de infecciones en la organización se comunican regularmente a los líderes y al personal.

Estándar PCI.10.6

La organización comunica la información sobre infecciones a los organismos externos de salud pública relevantes.

Intención de PCI.10 hasta PCI.10.6

El proceso de prevención y control de infecciones está diseñado para reducir el riesgo de infección para los pacientes, el personal y las demás personas. A fin de alcanzar este objetivo, la organización debe controlar y monitorizar de forma proactiva los riesgos, las tasas y las tendencias presentes en las infecciones asociadas con la atención sanitaria. La organización utiliza la información de la medición para mejorar las actividades de prevención y control de infecciones y para reducir las tasas de infecciones asociadas con la atención sanitaria a los niveles más bajos que sean posibles. La mejor forma en que una organización puede usar los datos y la información de control es comprendiendo las tasas y tendencias similares en otras organizaciones similares y aportando datos a las bases de datos relacionadas con las infecciones.

Elementos medibles de PCI.10

- 1. Las actividades de prevención y control de infecciones están integradas dentro del programa de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización. (*Véase también* QPS.11, EM 4)
- 2. El liderazgo del programa de prevención y control de infecciones está incluido en el mecanismo de supervisión del programa de calidad y seguridad del paciente de la organización.

Elementos medibles de PCI.10.1

- 1. Se monitorizan los riesgos de infecciones asociadas con la atención sanitaria.
- 2. Se monitorizan las tasas de infecciones asociadas con la atención sanitaria.
- 3. Se monitorizan las tendencias de infecciones asociadas con la atención sanitaria.

Elementos medibles de PCI.10.2

- 1. Se mide la prevención y el control de la infección.
- 2. Las medidas identifican las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico.

Elementos medibles de PCI.10.3

- 1. Se rediseñan los procesos basándose en los datos e información sobre los riesgos, las tasas y las tendencias.
- 2. Se rediseñan los procesos a fin de reducir al mínimo posible los riesgos de infección.

Elementos medibles de PCI.10.4

- 1. Las tasas de infecciones asociadas con la atención sanitaria se comparan con las tasas de otras organizaciones a través de bases de datos comparativas. (*Véase también* QPS.4.2, EM 2 y MCI.20.3, EM 3)
- 2. La organización compara sus tasas con las mejores prácticas y la evidencia científica.

Elementos medibles de PCI.10.5

- 1. Se comunican los resultados de la medición al personal médico.
- 2. Se comunican los resultados de la medición al personal de enfermería.
- 3. Se comunican los resultados de la medición a la gerencia.

Elementos medibles de PCI.10.6

- 1. Los resultados del programa de prevención y control de infecciones se informan ante los organismos de salud pública según se solicite. (*Véase también* MCI.20.1, EM 2)
- 2. La organización toma las debidas acciones en cuanto a informes provenientes de los organismos de salud pública relevantes.

Educación del personal acerca del programa

Estándar PCI.11

La organización imparte educación sobre prácticas de prevención y control de infecciones al personal, a los médicos, a los pacientes y a los familiares y demás cuidadores cuando esté indicado por su implicación en la atención.

Intención de PCI.11

Para que una organización tenga un programa de prevención y control de infecciones efectivo, debe educar a los miembros del personal sobre el programa, tanto cuando empiezan a trabajar como periódicamente a partir de entonces. El programa de educación incluye a los profesionales, personal de apoyo asistencial y no asistencial y hasta pacientes y familias, incluidos vendedores y demás visitas. Se anima a los pacientes y a las familias a participar en la implementación y el uso de las prácticas de prevención y control de infecciones en la organización.

La educación se proporciona como parte de la orientación de todo el personal nuevo y se actualiza periódicamente, o al menos cuando haya algún cambio en las políticas, procedimientos y prácticas que guían el programa de prevención y control de infecciones de la organización. La educación también incluye los hallazgos y las tendencias provenientes de las actividades de medición. (*Véase también* QPS.7)

Elementos medibles de PCI.11

- 1. La organización desarrolla un programa de prevención y control de infecciones que incluye a profesionales, familiares y pacientes.
- 2. La organización proporciona formación sobre la prevención y el control de infecciones a todo el personal.
- 3. La organización proporciona educación sobre prevención y control de la infección a pacientes y familiares.
- 4. Todo el personal recibe formación sobre las políticas, procedimientos y prácticas del programa de prevención y control de infecciones. (*Véase también* QPS.7 y GLD.5.4)
- 5. La educación periódica del personal responde a las tendencias relevantes de los datos sobre infecciones.



Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)

Perspectiva general

La prestación de una atención excelente al paciente requiere de un liderazgo efectivo. Dicho liderazgo proviene de muchas fuentes dentro de una organización sanitaria, incluidos los líderes gobernantes, los líderes y otras personas que ocupen puestos de liderazgo, responsabilidad y confianza. Cada organización debe identificar a estas personas e involucrarlas para garantizar que la organización sea un recurso efectivo y eficiente para la comunidad y para sus pacientes.

En particular, estos líderes deben identificar la misión de la organización y asegurarse de que los recursos necesarios para cumplir con esta misión estén disponibles. Para muchas organizaciones, esto no implica agregar nuevos recursos, sino utilizar de forma más eficiente los ya existentes, aunque sean escasos. Además, los líderes deben trabajar de forma participativa para coordinar e integrar todas las actividades de la organización, incluso las diseñadas para mejorar la atención al paciente y los servicios clínicos.

El liderazgo efectivo comienza con la comprensión de las responsabilidades y la autoridad de las personas en la organización y la forma en que estas personas trabajan juntas. Quienes gobiernan, administran y conducen una organización tienen autoridad y responsabilidad. Colectiva e individualmente, son responsables de cumplir con las leyes y reglamentaciones y de cumplir con la responsabilidad de la organización para con la población de pacientes que se atiende.

Con el tiempo, el liderazgo efectivo ayuda a superar las barreras percibidas y los problemas de comunicación entre los departamentos y servicios dentro de la organización, ayudando a que la organización se torne más eficiente y efectiva y los servicios se vuelvan mucho más integrados. En particular, la integración de todas las actividades de gestión y mejora de la calidad en la organización genera mejores resultados para los pacientes.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase también la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

Gobierno de la organización

GLD.1 Las responsabilidades del gobierno se describen en los estatutos, las políticas y procedimientos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño.

GLD.1.1 Los responsables del gobierno aprueban y hacen pública la declaración de misión de la organización.

GLD.1.2 Los responsables del gobierno aprueban las políticas y planes para hacer funcionar la organización.

GLD.1.3 Los responsables del gobierno aprueban el presupuesto y asignan los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

GLD.1.4 Los responsables del gobierno nombran al o a los gerentes generales o directores de la organización.

- GLD.1.5 Los responsables del gobierno aprueban el plan de calidad y seguridad del paciente de la organización y reciben y toman medidas, periódicamente, basándose en los informes del programa de calidad y seguridad del paciente.

Liderazgo de la organización

GLD.2 Un gerente general o director es responsable de hacer funcionar la organización y cumplir con las leyes y reglamentaciones correspondientes.

GLD.3 Los líderes de la organización están identificados y son responsables, de forma participativa, de la definición de la misión de la organización y de la creación de los planes y políticas necesarios para cumplir dicha misión.

- GLD.3.1 Los líderes de la organización hacen planes junto a los líderes de la comunidad y los líderes de otras organizaciones para cubrir las necesidades sanitarias de la comunidad.

- GLD.3.2 Los líderes identifican y planifican el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende la organización.

- GLD.3.2.1 Se utilizan los equipos, suministros y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por fuentes de autoridad alternativas.

- GLD.3.3 Los líderes son responsables de los contratos de servicios clínicos o de gestión.

- GLD.3.3.1 Los servicios subcontratados o prestados mediante algún otro tipo de acuerdo se incluyen en el programa de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización.

- GLD.3.3.2 Los profesionales independientes que ejercen sin estar contratados por la organización tienen las credenciales necesarias para los servicios prestados al paciente.

- GLD.3.4 Se forma a los líderes médicos, de enfermería y demás áreas en los conceptos de mejora de la calidad.

- GLD.3.5 Los líderes de la organización aseguran que haya programas uniformes para el reclutamiento, retención, desarrollo y formación continuada de todo el personal.

GLD.4 Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planifican e implementan una estructura organizativa efectiva que apoye sus responsabilidades y autoridad.

Dirección de departamentos y servicios

GLD.5 Una o más personas calificadas proporcionan directivas en cada departamento o servicio de la organización.

- GLD.5.1 Los directores de cada departamento clínico identifican, por escrito, los servicios que proporciona el departamento.

- GLD.5.1.1 Se coordinan e integran los servicios dentro del departamento o servicio y con otros departamentos y servicios.

- GLD.5.2 Los directores recomiendan el espacio físico, el equipo, el personal y demás recursos que el servicio o departamento necesitan.
- GLD.5.3 Los directores recomiendan los criterios para la selección de los profesionales del departamento o servicio y eligen o recomiendan personas que cumplan con dichos criterios.
- GLD.5.4 Los directores proporcionan orientación y capacitación a todo el personal en las tareas y responsabilidades del departamento o servicio al que son asignados.
- GLD.5.5 Los directores evalúan el desempeño del departamento o servicio, y el desempeño del personal.

Ética de la organización

- GLD.6 La organización establece un marco para la gestión ética que garantiza que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas comerciales, financieras, éticas y legales y que proteja a los pacientes y sus derechos.
 - GLD.6.1 El marco de la organización para la gestión ética incluye las actividades comerciales, admisiones, transferencias, altas y divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente.
 - GLD.6.2 El marco de la organización para la gestión ética respalda la toma de decisiones éticas respecto a los servicios clínicos y no clínicos.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Gobierno de la organización

Estándar GLD.1

Las responsabilidades del gobierno se describen en los estatutos, las políticas y procedimientos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño.

Intención de GLD.1

Existe una entidad (por ejemplo, un ministerio de salud), uno o varios propietarios o un grupo de personas identificadas (por ejemplo, una junta o cuerpo de gobierno) responsables de la supervisión del funcionamiento de la organización y de la prestación de servicios sanitarios de calidad a su comunidad o a la población que procura obtener atención. Las responsabilidades de esta entidad se describen en un documento que identifica el modo en que se llevarán a cabo. También se describe el modo en que se evaluará a la entidad gobernante y el desempeño de los gerentes de la organización contra los criterios específicos de la organización.

El gobierno y la estructura de gestión de la organización se representa o exhibe en un organigrama u otro documento que muestre las estructuras de autoridad y responsabilidad. Las personas representadas en el diagrama se identifican por cargo o por nombre.

Elementos medibles de GLD.1

- 1. La estructura de gobierno de la organización está documentada y se identifica el nombre de los miembros del consejo de dirección y de los directivos de la organización.
 - 2. En los documentos se describen las responsabilidades del gobierno.
 - 3. Los documentos describen el modo en que se evaluará el desempeño de la entidad gobernante y de los gerentes y todo criterio relacionado.
 - 4. Se realiza una evaluación anual documentada del desempeño del gobierno y la gerencia general.
-

Estándar GLD.1.1

Los responsables del gobierno aprueban y hacen pública la declaración de misión de la organización.

Estándar GLD.1.2

Los responsables del gobierno aprueban las políticas y planes para hacer funcionar la organización.

Estándar GLD.1.3

Los responsables del gobierno aprueban el presupuesto y asignan los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

Estándar GLD.1.4

Los responsables del gobierno nombran al o a los gerentes generales o directores de la organización.

Estándar GLD.1.5

Los responsables del gobierno aprueban el plan de calidad y seguridad del paciente de la organización y reciben y toman medidas, periódicamente, basándose en los informes del programa de calidad y seguridad del paciente.

Intención de GLD.1.1 hasta GLD.1.5

Los cargos o la ubicación de la estructura de gobierno no son importantes. Lo importante son las responsabilidades que debe realizar a fin de que la organización posea un claro liderazgo, funcione en forma eficiente y proporcione servicios sanitarios de calidad. Estas responsabilidades se encuentran principalmente en el nivel de aprobación e incluyen:

- la aprobación de la misión de la organización (*véase también* ACC.1, EM 2);
- la aprobación (o definición de la autoridad de aprobación, cuando se delegue) de los planes estratégicos y de gestión de la organización y de las políticas y procedimientos necesarios para el funcionamiento diario de la organización;
- la aprobación de la participación de la organización en actividades de formación para profesionales sanitarios y en investigaciones y la supervisión de la calidad de tales programas;
- la aprobación o suministro de un presupuesto y de recursos para hacer funcionar la organización; y
- el nombramiento o la aprobación del o de los gerentes generales o el director de la organización.

La identificación de las personas en un único organigrama no asegura la buena comunicación y cooperación entre quienes rigen y quienes administran la organización. Esto es especialmente cierto cuando la estructura del gobierno está separada de la organización, como por ejemplo un propietario distante o una autoridad de salud regional o nacional. Por consiguiente, los responsables del gobierno elaboran un proceso para comunicarse y cooperar con los gerentes de la organización, a fin de cumplir con la misión y los planes de la misma.

Elementos medibles de GLD.1.1

- 1. Los responsables del gobierno aprueban la misión de la organización.
- 2. Los responsables del gobierno garantizan la revisión periódica de la misión de la organización.
- 3. Los responsables del gobierno hacen pública la misión de la organización.

Elementos medibles de GLD.1.2

- 1. Los responsables del gobierno aprueban los planes estratégicos y de gestión y las políticas y procedimientos de funcionamiento de la organización.
- 2. Cuando la autoridad de aprobación se delega, esto está definido en las políticas y procedimientos de gobierno.
- 3. Los responsables del gobierno aprueban estrategias y programas de organización relacionados con la educación de profesionales sanitarios e investigación y aportan su visión general respecto a la calidad de tales programas.

Elementos medibles de GLD.1.3

- 1. Los responsables del gobierno aprueban el capital y el o los presupuestos de funcionamiento de la organización.
- 2. Los responsables del gobierno asignan los recursos necesarios para cumplir con la misión de la organización.

Elementos medibles de GLD.1.4

- 1. Los responsables del gobierno nombran al gerente general de la organización.
- 2. Los responsables del gobierno evalúan el desempeño del gerente general de la organización.
- 3. La evaluación del gerente general de la organización se realiza con periodicidad anual.

Elementos medibles de GLD.1.5

- 1. Los responsables del gobierno aprueban el plan de la organización para la calidad y la seguridad del paciente. (*Véase también* la intención de QPS.1).
- 2. Los responsables del gobierno reciben regularmente informes sobre el programa de calidad y seguridad del paciente y toman medidas basándose en los mismos. (*Véase también* QPS.1.4, EM 2)

Liderazgo de la organización

Estándar GLD.2

Un gerente general o director es responsable de hacer funcionar la organización y cumplir con las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Intención de GLD.2

El liderazgo efectivo es fundamental para que una organización sanitaria pueda funcionar de manera eficiente y cumplir con su misión. El liderazgo es lo que las personas, juntas e individualmente, aportan a la organización y puede ser llevado a cabo por un número variable de personas.

El gerente general o director son responsables del funcionamiento general y cotidiano de la organización. Esto incluye la adquisición y la realización de inventario de los suministros esenciales, el mantenimiento de la instalación, la administración de finanzas y la gestión de calidad entre otras responsabilidades. La formación y la experiencia de la persona seleccionada o nombrada para desempeñar estas funciones responde a los requisitos definidos en su definición de puesto de trabajo.

El gerente general o director cooperan con los administradores de la organización para definir la misión de la misma y para planificar las políticas, procedimientos y servicios clínicos vinculados a tal misión. Una vez aprobado por el cuerpo de gobierno, el gerente general o director son responsables de la implementación de todas las políticas y de asegurar que el personal de la organización las cumpla.

El gerente general o director serán responsables de lo siguiente dentro de la organización:

- el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes;
- la respuesta a todo informe de organismos de inspección y de reglamentación;
- y
- los procesos de administración y control de los recursos humanos, financieros y demás.

Elementos medibles de GLD.2

- 1. La formación y la experiencia del gerente general o director responde a los requisitos definidos en su puesto de trabajo.
- 2. El gerente general o director gestionan el funcionamiento diario de la organización, incluyendo aquellas funciones establecidas en su descripción de puesto de trabajo.
- 3. El gerente general o director recomiendan políticas al cuerpo gobernante.
- 4. El gerente general o director aseguran el cumplimiento de las políticas aprobadas.
- 5. El gerente general o director aseguran el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes.
(Véase también ACC.6, EM 1 y 2)
- 6. El gerente general o director responden todos los informes de los organismos de inspección y reglamentación.

Estándar GLD.3

Los líderes de la organización están identificados y son responsables, de forma participativa, de la definición de la misión de la organización y de la creación de los planes y políticas necesarios para cumplir dicha misión.

Intención de GLD.3

Los líderes de una organización surgen de muchas fuentes. El cuerpo gobernante nombra al gerente general o director. El gerente general o director podrán nombrar otros gerentes. Los líderes podrán tener cargos formales, como Director Médico o Director de Enfermería, o ser reconocidos de manera informal por su antigüedad, su importancia o su contribución a la organización. Es importante que todos los líderes de una organización sean reconocidos e incluidos en el proceso de definición de la misión de la organización. Basándose en esa misión, los líderes trabajan de forma participativa para elaborar los planes y políticas necesarios para cumplir con la misión. Cuando la misión y las políticas son implementadas por los propietarios

o por organismos ajenos a la organización, los líderes trabajan de forma participativa para llevar adelante la misión y las políticas. (*Véase también* ACC.1, EM 2 y 3)

Elementos medibles de GLD.3

- 1. Los líderes de la organización están formal o informalmente identificados.
 - 2. Los líderes son responsables, de forma participativa, de la definición de la misión de la organización.
 - 3. Los líderes son responsables, de forma participativa, de la creación de las políticas y procedimientos necesarios para llevar adelante la misión.
 - 4. Los líderes trabajan de forma participativa para llevar adelante la misión de la organización y asegurarse de que se sigan las políticas y los procedimientos.
-

Estándar GLD.3.1

Los líderes de la organización hacen planes junto a los líderes de la comunidad y los líderes de otras organizaciones para cubrir las necesidades sanitarias de la comunidad.

Intención de GLD.3.1

La misión de una organización por lo general refleja las necesidades de la población en su comunidad. De manera similar, la misión de las derivaciones y las organizaciones de atención especializada se origina en las necesidades de los pacientes dentro de áreas geográficas o políticas más grandes.

Las necesidades de los pacientes y las comunidades suelen cambiar con el tiempo y, por consiguiente, es preciso que las organizaciones sanitarias involucren a sus comunidades en la planificación estratégica y operativa de la organización. Las organizaciones logran esto mediante la búsqueda de opiniones o aportes, individual o colectivamente, a través de grupos asesores o grupos de trabajo, por ejemplo.

Por consiguiente, es importante que los líderes de una organización sanitaria se reúnan con líderes reconocidos de la comunidad y con los líderes de otras organizaciones de atención (como farmacias, servicios de ambulancias, centros de atención ambulatoria, etc.) de la comunidad y elaboren planes juntos. Los líderes hacen planes en pos de una comunidad más saludable y reconocen ser responsables de la comunidad y del impacto causado en ella, incluso si no existieran tales planes. (*Véase también* MCI.1.1, EM 3)

Elementos medibles de GLD.3.1

- 1. Los líderes de la organización se reúnen con líderes reconocidos de la comunidad para elaborar y revisar planes estratégicos y operativos que den respuesta a las necesidades de la comunidad.
 - 2. Los líderes de la organización hacen planes con los líderes de otras organizaciones de atención de su comunidad. (*Véase también* PFE.3, EM 2 y 3)
 - 3. Los líderes de la organización procuran obtener el punto de vista de los individuos y grupos asociados de su comunidad, como parte de su planificación estratégica y operativa.
 - 4. La organización participa en la educación de la comunidad sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades.
-

Estándar GLD.3.2

Los líderes identifican y planifican el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende la organización.

Intención de GLD.3.2

Los servicios de atención al paciente se planifican y diseñan para responder a las necesidades de la población de pacientes. Los planes de la organización describen la atención y los servicios que se proporcionan, conforme a su misión. Los líderes de los departamentos y servicios clínicos de la organización determinan qué servicios diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y demás servicios son esenciales para la comunidad. Los líderes determinan también el alcance y la intensidad de los servicios que presta la organización, directa o indirectamente.

Los servicios planificados reflejan la dirección estratégica de la organización y la perspectiva de los pacientes a los que atiende la organización. Cuando una organización utiliza lo que se considera tecnología y/o productos farmacéuticos “experimentales” en procedimientos de atención a pacientes (es decir, tecnología o

productos considerados “experimentales” ya sea a nivel nacional o internacional), existe un proceso para la revisión y aprobación de dicho uso. Es fundamental que dicha aprobación tenga lugar antes de su uso en la atención al paciente. Si es necesario el consentimiento especial del paciente, se toma una determinación.

Elementos medibles de GLD.3.2

- 1. Los planes de la organización describen la atención y los servicios que se proporcionan.
 - 2. La atención y los servicios que se ofrecen coinciden con la misión de la organización. (*Véase también ACC.1, EM 2*)
 - 3. Los líderes determinan el tipo de atención y servicios que presta la organización.
 - 4. Los líderes cuentan con un proceso de revisión y aprobación de los procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados experimentales, previo a la utilización de los mismos en la atención al paciente.
-

Estándar GLD.3.2.1

Se utilizan los equipos, suministros y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por fuentes de autoridad alternativas.

Intención de GLD.3.2.1

Los riesgos de los procesos de atención clínica se reducen significativamente cuando se utiliza el equipo adecuado y en buen funcionamiento para proporcionar los servicios planificados. Esto es particularmente cierto en áreas clínicas tales como anestesia, radiología y diagnóstico por imagen, cardiología, radioterapia oncológica y otros servicios de alto riesgo, cuando se prestan. Los suministros y medicamentos adecuados también están a disposición y son adecuados para su uso planificado y situaciones de emergencia. Cada organización entiende los equipos requeridos o recomendados, los suministros y los medicamentos necesarios para prestar los servicios planificados a su población de pacientes. Las recomendaciones sobre equipos, suministros y medicamentos pueden provenir de un organismo gubernamental, de organizaciones profesionales de anestesistas nacionales o internacionales o de otras fuentes de autoridad.

Elementos medibles de GLD.3.2.1

- 1. La organización utiliza las recomendaciones de organizaciones profesionales y demás fuentes de autoridad para identificar el equipo y los suministros que se necesitan para suministrar los servicios planificados. (*Véase también MMU.2.2, EM 1*)
 - 2. Los equipos, suministros y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado. (*Véase también MMU.2.2, EM 2*)
 - 3. Se utilizan el equipo, los suministros y los medicamentos recomendados. (*Véase también ASC.3, Intención y EM 1*)
-

Estándar GLD.3.3

Los líderes son responsables de los contratos de servicios clínicos o de gestión.

Intención de GLD.3.3

Con frecuencia las organizaciones tienen la opción de prestar servicios clínicos y de gestión directamente o hacer arreglos para dichos servicios a través de derivaciones, consultas, contratos u otros acuerdos. Dichos servicios pueden ir desde servicios de diagnóstico por imagen hasta servicios financieros o servicios generales como alimentación y lencería. Los líderes de la organización documentan el alcance y la naturaleza de los servicios subcontratados en los acuerdos contractuales.

En todos los casos, los líderes son responsables de dichos contratos u otros acuerdos, a fin de asegurar que los servicios cubran las necesidades del paciente y se incluyan como parte de las actividades de gestión y mejora de calidad de la organización. Los líderes de los departamentos o servicios clínicos participan en la selección de servicios clínicos subcontratados y son responsables de los mismos. Los líderes de las áreas de gestión de la organización participan en la selección de servicios de gestión subcontratados y son responsables de los mismos.

Elementos medibles de GLD.3.3

- 1. Existe un proceso para la supervisión de contratos por parte del liderazgo. (*Véase también* AOP.5., AOP.6.9 y ASC.2. EM.5)
 - 2. La organización tiene una descripción documentada de la naturaleza y el alcance de los servicios subcontratados.
 - 3. Los servicios subcontratados cubren las necesidades de los pacientes.
 - 4. Los líderes clínicos participan en la selección de servicios clínicos subcontratados y son responsables de los mismos.
 - 5. Los líderes de gestión participan en la selección de servicios de gestión subcontratados y son responsables de los mismos.
 - 6. Cuando se terminan o renegocian los contratos, la organización mantiene continuidad en la atención al paciente.
-

Estándar GLD.3.3.1

Los servicios subcontratados o prestados mediante algún otro tipo de acuerdo se incluyen en el programa de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización.

Intención de GLD.3.3.1

La calidad asistencial y la seguridad del paciente se deben evaluar en todos los servicios, independientemente de si están proporcionados por la propia organización o están subcontratados. Por lo tanto, los contratos con entidades externas para la prestación de servicios incluyen los requisitos de calidad y seguridad del paciente y los datos que se deben proporcionar a la organización, así como su periodicidad y formato. Los directores de departamento reciben los informes de calidad de los servicios subcontratados y actúan al respecto, garantizando que estos informes se incluyen en el proceso de evaluación de calidad (*Véase también* ACC.4.1, EM 2, y ACC.5, EMs 4 y 6).

Elementos medibles de GLD.3.3.1

- 1. Se evalúan los servicios subcontratados o prestados mediante otro tipo de acuerdos como parte del programa de mejora de calidad y seguridad del paciente (*Véase también* AOP.5.8, EM 6)
 - 2. Los líderes clínicos y de gestión relevantes participan en el programa de mejora de calidad en el análisis de la información de calidad y seguridad de los servicios subcontratados. (*Véase también* AOP.5.8, ME 5)
 - 3. Cuando los servicios subcontratados no cumplen los requisitos de calidad y seguridad, se toman acciones al respecto.
-

Estándar GLD.3.3.2

Los profesionales independientes que ejercen sin estar contratados por la organización tienen las credenciales necesarias para los servicios prestados al paciente.

Intención de GLD.3.3.2

Las organizaciones pueden contratar o gestionar servicios de médicos, dentistas u otros profesionales independientes que prestar servicios fuera de la organización o pueden gestionar que estos profesionales independientes vayan a la organización a prestar sus servicios. En algunos casos, estos profesionales pueden prestar sus servicios incluso en otra región o país distinto al de la organización. Los servicios proporcionados pueden incluir telemedicina o teleradiología. Si los servicios prestados determinan el curso del tratamiento del paciente o las alternativas de tratamiento, el profesional debe pasar por el proceso de comprobación de credenciales y asignación de privilegios de la organización.

Elementos medibles de GLD.3.3.2

- 1. Los líderes de la organización determinan los servicios que serán proporcionados por profesionales independientes fuera de la organización.
- 2. Todos los servicios diagnósticos, consulta o tratamiento proporcionados por profesionales independientes fuera de la organización, como por ejemplo telemedicina, teleradiología, interpretación de otras pruebas diagnósticas como electrocardiograma (ECG), electroencefalograma

- (EEG) y electromiograma (EMG), etc. se llevan a cabo por profesionales con los privilegios requeridos por la organización para prestar dichos servicios (*Véase también* SQE.9 y SQE.10)
- 3. Los profesionales independientes que prestan atención al paciente siguiendo las premisas de la organización pero que no están contratados directamente (no son empleados) de la organización, cumplen los requisitos de credenciales y privilegios establecidos en los estándares SQE.9 hasta SQE.10.
 - 4. El programa de mejora de calidad de la organización incluye la calidad de los servicios proporcionados por profesionales independientes externos a la organización.
-

Estándar GLD.3.4

Se forma a los líderes médicos, de enfermería y demás áreas en los conceptos de mejora de la calidad.

Intención de GLD.3.4

El propósito primario de una organización sanitaria es proporcionar atención al paciente y trabajar para mejorar los resultados de dicha atención con el tiempo, aplicando principios de mejora de la calidad. Por consiguiente, los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de la organización necesitan

- estar formados o familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad;
- participar personalmente en los procesos de mejora de la calidad y seguridad del paciente;
- y
- garantizar que las actividades de mejora de calidad asistencial incluyan medidas de evaluación de la práctica profesional.

Elementos medibles de GLD.3.4

- 1. Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes reciben formación o están familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad.
 - 2. Los líderes médicos, de enfermería y demás participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente. (*Véase también* QPS.1.1, EM 1 y 4)
 - 3. Se mide el desempeño profesional como parte de las actividades de mejora de calidad asistencial. (*Véase también* SQE.11, SQE.14 y SQE.17)
-

Estándar GLD.3.5

Los líderes de la organización aseguran que haya programas uniformes para el reclutamiento, retención, desarrollo y formación continuada de todo el personal.

Intención de GLD.3.5

La capacidad de una organización de atender a sus pacientes está directamente relacionada con su capacidad para atraer y retener personal cualificado y competente. Los líderes reconocen que la retención del personal, más que el reclutamiento, proporciona un mayor beneficio a largo plazo. La retención aumenta cuando los líderes apoyan el desarrollo del personal mediante la formación continuada. Por consiguiente, los líderes colaboran para planificar e implementar programas y procesos uniformes relacionados con el reclutamiento, retención, desarrollo y formación continuada de cada una de las categorías del personal. El programa de reclutamiento de la organización tiene en cuenta las guías publicadas, tales como las de la OMS, las del Consejo Internacional de Enfermeras y la Asociación Médica Mundial.

Elementos medibles de GLD.3.5

- 1. Existe un proceso planificado para el reclutamiento del personal. (*Véase también* SQE.2, EM 1)
- 2. Existe un proceso planificado para la retención del personal.
- 3. Existe un proceso planificado para el desarrollo individual y la formación continuada del personal. (*Véase también* SQE.8)
- 4. La planificación se hace de forma participativa, e incluye a todos los departamentos y servicios de la organización.

Estándar GLD.4

Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planifican e implementan una estructura organizativa efectiva que apoye sus responsabilidades y autoridad.

Intención de GLD.4

Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de servicios clínicos tienen una responsabilidad especial con los pacientes y con la organización. Estos líderes

- respaldan la buena comunicación entre los profesionales;
- planifican y elaboran conjuntamente políticas que guían la prestación de los servicios clínicos;
- aseguran la práctica ética de sus profesiones;
- y
- supervisan la calidad de la atención al paciente.

Los líderes del personal médico y de enfermería crean una estructura organizativa adecuada y efectiva a fin de llevar adelante estas responsabilidades. La o las estructuras organizativas y los procesos asociados empleados para llevar a cabo estas responsabilidades pueden ofrecer un personal profesional unificado, compuesto por médicos, enfermeras y demás profesionales, o estructuras de personal médico y de enfermería por separado. La estructura escogida puede estar sumamente organizada con estatutos, reglas y reglamentaciones, o puede estar organizada de manera informal. En general, la o las estructuras escogidas

- incluyen todo el personal clínico relevante;
- coinciden con la propiedad, la misión y la estructura de la organización;
- son adecuadas para la complejidad y el volumen del personal profesional de la organización;
- y
- son eficientes para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

Elementos medibles de GLD.4

- 1. Existen una o más estructuras organizativas efectivas empleadas por los líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad.
- 2. La o las estructuras son adecuadas para el tamaño y la complejidad de la organización.
- 3. La o las estructuras y procesos organizativos respaldan la comunicación entre los profesionales.
- 4. La o las estructuras y procesos organizativos respaldan la planificación clínica y la elaboración de políticas.
- 5. La o las estructuras y procesos organizativos respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.
- 6. La o las estructuras y procesos organizativos respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.

Dirección de departamentos y servicios

Estándar GLD.5

Una o más personas calificadas proporcionan directivas en cada departamento o servicio de la organización.

Intención de GLD.5

La atención clínica, los resultados de los pacientes y la gestión en general de una organización sanitaria son tan buenas como las actividades clínicas y de gestión de cada departamento o servicio por separado. Un buen desempeño departamental o del servicio requiere un claro liderazgo por parte de una persona calificada. En departamentos o servicios más grandes, el liderazgo puede estar dividido. En dicho caso, las responsabilidades de cada rol se definen por escrito. (*Véase también* ACC.6.1, EM 1; ASC.2, EM 1; AOP.5.9 relacionada con la dirección de servicios de laboratorio clínico; AOP.6.7 relacionada con la dirección de servicios de radiología y diagnóstico por imagen; MMU.1.1 relacionada con la dirección de la farmacia o servicios farmacéuticos y ASC.2 relacionada con la dirección de los servicios de anestesia)

Elementos medibles de GLD.5

- 1. Cada departamento o servicio de la organización está dirigido por una persona con la capacitación, educación y experiencia acorde con los servicios prestados. (Véase también AOP.5.8, EM 1; AOP.6.7, EM 1; MMU.1.1, EM 1)
 - 2. Cuando hay más de una persona a cargo de la dirección, se definen por escrito las responsabilidades de cada una.
-

Estándar GLD.5.1

Los directores de cada departamento clínico identifican, por escrito, los servicios que proporciona el departamento.

Estándar GLD.5.1.1

Se coordinan e integran los servicios dentro del departamento o servicio y con otros departamentos y servicios.

Intención de GLD.5.1 y GLD.5.1.1

Los directores de los departamentos clínicos de la organización colaboran para determinar el formato y contenido uniformes de los documentos de planificación específicos del departamento. En general, los documentos preparados por cada departamento clínico definen sus objetivos, como también identifican los servicios actuales y planificados. Las políticas y procedimientos del departamento reflejan los objetivos y servicios del departamento, así como también el conocimiento, las destrezas y la disponibilidad del personal necesario para evaluar y cumplir con las necesidades del paciente.

Los servicios clínicos prestados a los pacientes se coordinan e integran dentro de cada departamento o servicio. Por ejemplo, existe la integración de los servicios médicos y de enfermería. Además, cada departamento o servicio coordina e integra sus servicios con otros departamentos y servicios. Se evita o se elimina la duplicación innecesaria de servicios a fin de conservar recursos.

Elementos medibles de GLD.5.1

- 1. Los directores de un departamento o servicio seleccionan y emplean un formato y contenido uniformes para planificar documentos.
- 2. Los documentos del departamento o servicio describen los servicios actuales y planificados que proporciona cada departamento o servicio.
- 3. Las políticas y procedimientos de cada departamento o servicio guían la prestación de servicios identificados.
- 4. Las políticas y procedimientos de cada departamento o servicio abordan el conocimiento y las habilidades del personal necesarios para evaluar y cumplir con las necesidades del paciente.

Elementos medibles de GLD.5.1.1

- 1. Existe una coordinación y una integración de servicios dentro de cada departamento o servicio.
 - 2. Existe una coordinación y una integración de servicios con otros departamentos o servicios.
-

Estándar GLD.5.2

Los directores recomiendan el espacio físico, el equipo, el personal y demás recursos que el servicio o departamento necesitan.

Intención de GLD.5.2

Los líderes de cada departamento comunican sus requisitos de recursos humanos y de otros recursos a los gerentes generales de la organización. Esto ayuda a asegurarse de que el personal, el espacio, el equipo y demás recursos adecuados estén disponibles para cumplir con las necesidades de los pacientes en todo momento. Si bien los directores hacen recomendaciones sobre recursos humanos y sobre otros recursos necesarios, a veces esas necesidades cambian o no se satisfacen completamente. Por consiguiente, los directores cuentan con un proceso para responder ante la escasez de recursos, a fin de asegurar una atención segura y efectiva para todos los pacientes.

Elementos medibles de GLD.5.2

- 1. Los directores recomiendan el espacio necesario para prestar servicios.
 - 2. Los directores recomiendan el equipo necesario para prestar servicios.
 - 3. Los directores recomiendan la cantidad y las cualidades del personal necesarias para prestar servicios. (Véase también AOP.6.3, EM 5)
 - 4. Los directores recomiendan otros recursos especiales necesarios para prestar servicios.
 - 5. Los directores cuentan con un proceso para responder ante una escasez de recursos.
-

Estándar GLD.5.3

Los directores recomiendan los criterios para la selección de los profesionales del departamento o servicio y eligen o recomiendan personas que cumplan con dichos criterios.

Intención de GLD.5.3

Los directores tienen en cuenta los servicios prestados y planificados por el departamento o servicio y la educación, las destrezas, el conocimiento y la experiencia que debe tener el personal profesional del departamento para prestar dichos servicios. Los directores elaboran criterios que reflejen esta consideración para luego seleccionar personal. Puede que los directores trabajen también con recursos humanos u otros departamentos en el proceso de selección basándose en la recomendación del director.

Elementos medibles de GLD.5.3

- 1. El director elabora criterios relacionados con la educación, destrezas, conocimiento y experiencia necesaria de los profesionales del departamento.
 - 2. El director emplea tales criterios para seleccionar o recomendar los profesionales.
-

Estándar GLD.5.4

Los directores proporcionan orientación y capacitación a todo el personal en las tareas y responsabilidades del departamento o servicio al que son asignados.

Intención de GLD.5.4

Los directores se aseguran que todo el personal del departamento o servicio comprenda sus responsabilidades y establecen la orientación y capacitación para los nuevos empleados. La orientación incluye la misión de la organización, la misión del departamento o servicio, el alcance de los servicios prestados y las políticas y procedimientos relacionados con la prestación de servicios. Por ejemplo, todo el personal entiende los procedimientos de prevención y control de infecciones dentro de la organización y dentro del departamento o servicio. Cuando se implementan políticas o procedimientos nuevos o revisados, el personal recibe la capacitación adecuada. (Véase también SQE.7; AOP.5.1, EM 5; AOP.6.2, EM 6 y PCI.11, EM 4)

Elementos medibles de GLD.5.4

- 1. El director establece un programa de orientación para el personal del departamento. (Véase también SQE.7; AOP.5.1, EM 5; y AOP.6.2, EM 6)
 - 2. Todo el personal del departamento completa el programa. (Véase también SQE.7; AOP.5.1, EM 5; y AOP.6.2, EM 6)
-

Estándar GLD.5.5

Los directores evalúan el desempeño del departamento o servicio, y el desempeño del personal.

Intención de GLD.5.5

Una de las responsabilidades más importantes del director de un departamento o servicio es la implementación del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente de la organización dentro del departamento. La selección de los indicadores a nivel de departamento o servicio está influida por:

- a) las prioridades de evaluación y mejora de la organización relacionadas con el departamento o servicio;
- b) la evaluación de los servicios prestados por parte de fuentes entre las que se incluyen encuestas al paciente y quejas;
- c) la necesidad de entender la eficiencia y la rentabilidad de los servicios prestados; y
- d) la evaluación de los servicios prestados en virtud de acuerdos contractuales. (*Véase también* GLD.3.3)

El director es responsable de asegurar que las actividades de evaluación ofrezcan la oportunidad de evaluar tanto al personal como al proceso de atención. Por consiguiente la evaluación incluye, con el tiempo, todos los servicios prestados. Los datos y la información resultantes son importantes para los esfuerzos de mejora del departamento o del servicio, pero son también importantes para el programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente de la organización. (*Véase también* ASC.2, EM 7)

Elementos medibles de GLD.5.5

- 1. Los directores implementan indicadores de calidad que abordan los servicios prestados en su departamento o servicio, incluidos los criterios a) hasta d) de la declaración de intención, según sea adecuado para el departamento o servicio.
- 2. Los directores implementan indicadores de calidad relacionados con el desempeño del personal en cuanto al cumplimiento de sus responsabilidades dentro del departamento o servicio.
- 3. Los directores implementan programas de monitorización de calidad cuando se indique.
- 4. Se proporciona a los directores de departamentos o servicios los datos y la información que necesitan para gestionar y mejorar la atención y los servicios.
- 5. Las actividades de evaluación y mejora de la calidad de un departamento o un servicio se informan periódicamente al mecanismo de supervisión de calidad de la organización.

Ética de la organización

Estándar GLD.6

La organización establece un marco para la gestión ética que garantiza que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas comerciales, financieras, éticas y legales y que proteja a los pacientes y sus derechos.

Estándar GLD.6.1

El marco de la organización para la gestión ética incluye las actividades comerciales, admisiones, transferencias, altas y divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente.

Estándar GLD.6.2

El marco de la organización para la gestión ética respalda la toma de decisiones éticas respecto a los servicios clínicos y no clínicos.

Intención de GLD.6 hasta GLD.6.2

Una organización sanitaria posee una responsabilidad ética y legal para con sus pacientes y su comunidad. Los líderes entienden estas responsabilidades cuando solicitan participar en las actividades comerciales y clínicas de la organización. Las acciones de la organización relacionadas con incentivos económicos deben ser congruentes con los valores y la ética de la organización. Los líderes crean documentos de orientación para facilitar un marco coherente dentro del cual llevar a cabo estas responsabilidades. Los líderes de la organización tienen en cuenta las normas nacionales e internacionales relacionadas con los derechos humanos y la ética profesional al redactar su marco. La organización funciona dentro de este marco para

- divulgar la propiedad y todo conflicto de intereses;
- describir honestamente sus servicios a los pacientes;
- ofrecer políticas claras de admisión, transferencia y alta;
- facturar sus servicios con precisión;

- y
- resolver conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención al paciente.

El marco respalda a su vez al personal profesional de la organización y a sus pacientes en caso de que se vean enfrentados a dilemas éticos de la atención al paciente; como por ejemplo decisiones relacionadas con donaciones y trasplantes, desacuerdos entre los pacientes y sus familias, entre pacientes y sus profesionales sanitarios respecto a las decisiones de atención, y discrepancias entre profesionales. Dicho apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

*En el contexto de seguridad del paciente y calidad asistencial, cada vez se están teniendo más en cuenta las normas internacionales sobre derechos humanos y ética profesional. Aunque la preocupación sobre estos temas sea reciente y esté aumentando, los documentos internacionales que dan forma a estas normas tienen ya bastante tiempo e incluyen la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948); la Convención de Ginebra (12 de agosto, 1949): La Declaración de Tokio: Manifiesto sobre proceder médico ante casos de Tortura y Otros Tratamientos o Castigos Degradantes, Inhumanos o Crueles, en relación con la Detención y Prisión de un ser humano (World Medical Association, 1975); el Juramento de Atenas (Consejo Internacional de Servicios Médicos de Prisiones, 1979); y la Alianza Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Convención contra la Tortura y otros Tratamientos y Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes.

Elementos medibles de GLD.6

- 1. Los líderes de la organización establecen normativas éticas y legales que protegen a los pacientes y sus derechos.
- 2. Los líderes establecen un marco para el manejo ético de la organización.
- 3. Los líderes tienen en cuenta las normas éticas internacionales a la hora de establecer el marco ético de la organización.

Elementos medibles de GLD.6.1

- 1. La organización divulga quién o quiénes son sus propietarios. (*Véase también* AOP.5.1, EM 5 y AOP.6.1, EM.2)
- 2. La organización describe honestamente sus servicios a los pacientes.
- 3. La organización ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta. (*Véase también* ACC.1.1, EM 2; ACC.3, EM 1 y ACC.4, EMs 1-4)
- 4. La organización factura sus servicios con precisión.
- 5. La organización divulga, evalúa y resuelve conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago comprometen la atención del paciente.

Elementos medibles de GLD.6.2

- 1. El marco de la organización para la gestión ética respalda a quienes se enfrentan a dilemas éticos en la atención al paciente.
- 2. El marco de la organización para la gestión ética respalda a quienes se enfrentan a dilemas éticos en los servicios no asistenciales.
- 3. El apoyo se encuentra inmediatamente disponible.
- 4. El marco de la organización proporciona un sistema seguro para notificar problemas éticos y legales.



Gestión y seguridad de la instalación (FMS)

Perspectiva general

Las organizaciones sanitarias trabajan para proporcionar una instalación segura, funcional y que ofrezca apoyo a los pacientes, a las familias, al personal y a las visitas. Para alcanzar este objetivo, debe existir una gestión efectiva de la instalación física, del equipo médico y de otro tipo y de las personas. En particular, la gerencia debe esforzarse para

- reducir y controlar los peligros y riesgos;
- prevenir accidentes y lesiones;
- y
- mantener condiciones seguras.

Una gestión efectiva incluye planificación, educación y control multidisciplinar de la siguiente manera:

- Los líderes planifican el espacio, el equipo y los recursos necesarios para respaldar de forma segura y efectiva los servicios clínicos prestados.
- Todo el personal recibe formación sobre las instalaciones, cómo reducir los riesgos y cómo controlar e informar situaciones que representan riesgos.
- Se emplean criterios de desempeño para controlar los sistemas importantes e identificar las mejoras necesarias.

Se elaboran planes por escrito, que tienen en cuenta las siguientes seis áreas, cuando así corresponda según la instalación y las actividades de la organización:

1. Seguridad y protección
 - a. Seguridad – el grado en que los edificios, el terreno y el equipo de la organización no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal o las visitas.
 - b. Protección – protección contra pérdidas, destrucción, manipulación o acceso o uso no autorizados.
2. Materiales peligrosos – la gestión, almacenamiento y uso de materiales radiactivos u otros están controlados, y los desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
3. Gestión de emergencias – existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
4. Seguridad contra incendios – la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
5. Equipo médico – el equipo se selecciona, mantiene y utiliza de modo que se reduzcan los riesgos.
6. Sistemas de suministros básicos – los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallos operativos.

Cuando la organización tiene entidades no hospitalarias dentro de las instalaciones de atención al paciente que deben ser evaluadas, como una cafetería o tienda de regalos independientes, la organización tiene la obligación de garantizar que estas entidades independientes cumplen con los siguientes planes de gestión y seguridad de las instalaciones:

- Seguridad y protección
- Materiales peligrosos
- Gestión de emergencias
- Seguridad contra incendios

Las leyes, reglamentaciones e inspecciones realizadas por las autoridades locales determinan, en gran parte, el modo en que se diseña, utiliza y mantiene una instalación. Todas las organizaciones, independientemente de su tamaño y sus recursos, deben cumplir con estos requisitos como parte de sus responsabilidades con los pacientes, las familias, el personal y las visitas.

Las organizaciones deben comenzar por cumplir con las leyes y las reglamentaciones. Con el tiempo adquieren más conocimiento respecto a los detalles de la instalación física que ocupan. Comienzan a reunir datos de forma proactiva y llevan a cabo estrategias para reducir riesgos y mejorar el entorno de atención al paciente.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase también la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

Liderazgo y planificación

- FMS.1 La organización cumple con las leyes, reglamentaciones y requisitos de inspección de la instalación relevantes.
- FMS.2 La organización elabora y mantiene un plan o planes por escrito que describen el proceso de gestión de riesgos para los pacientes, las familias, las visitas y el personal.
- FMS.3 Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa de gestión de riesgos del entorno de atención.
 - FMS.3.1 Un programa de control proporciona datos sobre los incidentes, lesiones y demás acontecimientos que respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.

Seguridad y protección

- FMS.4 La organización planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.
 - FMS.4.1 La organización inspecciona todos los edificios donde se atiende a pacientes y cuenta con un plan para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y las visitas.
 - FMS.4.2 La organización planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, edificios o componentes claves basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones.

Materiales peligrosos

- FMS.5 La organización cuenta con un plan para el inventario, gestión, almacenamiento y uso de materiales peligrosos y el control y desecho de materiales peligrosos y residuos.

Preparación para desastres

- FMS.6 La organización elabora y mantiene un plan y un programa de gestión de emergencias para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole en la comunidad.
 - FMS.6.1 La organización somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Seguridad contra incendios

FMS.7 La organización planifica e implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.

FMS.7.1 El plan incluye prevención, detección temprana, extinción, aplacamiento y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios y otras emergencias no relacionadas con el fuego.

FMS.7.2 La organización realiza pruebas regularmente de su plan de seguridad contra incendios y humo, incluido todo dispositivo relacionado con la detección temprana y la extinción y documenta los resultados.

FMS.7.3 La organización elabora e implementa un plan para limitar el tabaquismo entre el personal y los pacientes a determinadas áreas de la instalación donde no se atienden pacientes.

Equipo médico

FMS.8 La organización planifica e implementa un programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico y documentar los resultados.

FMS.8.1 La organización recoge datos de control para el programa de gestión del equipo médico. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo de la organización de actualizar o sustituir equipo.

FMS.8.2 La organización cuenta con un sistema de retiro de circulación de productos y equipos.

Sistemas de suministros básicos

FMS.9 Hay agua potable y energía eléctrica disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante fuentes regulares o alternativas, para satisfacer las necesidades esenciales de atención al paciente.

FMS.9.1 La organización cuenta con procesos de emergencia para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, contaminación o fallo de los sistemas de agua y electricidad.

FMS.9.2 La organización prueba sus sistemas de agua y electricidad de emergencia periódicamente conforme al sistema y documenta los resultados.

FMS.10 Los sistemas de electricidad, agua, residuos, ventilación, gases médico y demás sistemas claves se someten periódicamente a inspecciones, instancias de mantenimiento y, cuando correspondiera, a mejoras.

FMS.10.1 Las personas o autoridades designadas controlan periódicamente la calidad del agua.

FMS.10.2 La organización recoge datos de control para el programa de gestión del sistema de suministros básicos. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo de la organización en casos que se deba actualizar o sustituir el sistema de suministros básicos.

Formación del personal

FMS.11 La organización forma y capacita a todos los miembros del personal sobre sus roles para proporcionar una instalación de atención al paciente segura y efectiva.

FMS.11.1 Los miembros del personal están capacitados y conocen bien sus roles dentro de los planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias de la organización.

FMS.11.2 El personal está capacitado para operar y mantener equipo médico y sistemas de servicios básicos.

FMS.11.3 La organización prueba periódicamente el conocimiento del personal mediante demostraciones, simulacros y demás métodos adecuados. Posteriormente, se documentan dichas pruebas.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Liderazgo y planificación

Estándar FMS.1

La organización cumple con las leyes, reglamentaciones y requisitos de inspección de la instalación relevantes.

Intención de FMS.1

Lo primero a tener en cuenta en cualquier instalación física son las leyes, reglamentaciones y demás requisitos relacionados con la instalación. Dichos requisitos pueden diferir, dependiendo de la antigüedad y la ubicación de la instalación y de otros factores. Por ejemplo, muchos códigos de construcción de edificios y códigos de seguridad contra incendios, como por ejemplo los sistemas de rociadores, sólo se aplican a construcciones nuevas.

Los líderes de la organización, incluido el gobierno y la gerencia general, son responsables de

- conocer las leyes y reglamentaciones locales y nacionales y demás requisitos que correspondan a las instalaciones de la organización;
- implementar los requisitos correspondientes o los requisitos alternativos aprobados; y
- planificar y presupuestar las actualizaciones o sustituciones necesarias identificadas por los datos de control o para cumplir con los requisitos correspondientes y, posteriormente, demostrar que han avanzado en pos de cumplir los planes. (*Véase también FMS.4.2*)

Cuando la organización reciba una citación por no cumplir con los requisitos, los líderes asumirán la responsabilidad de planificar y cumplir con el requisito dentro del marco de tiempo establecido.

Elementos medibles de FMS.1

- 1. Los líderes de la organización y las personas responsables de la gestión de las instalaciones conocen las leyes, reglamentaciones y demás requisitos que corresponden a las instalaciones de la organización.
- 2. Los líderes implementan los requisitos correspondientes o las alternativas aprobadas.
- 3. Los líderes aseguran que la organización cumpla con las condiciones de los informes o citaciones de inspecciones de la instalación por parte de las autoridades locales.

Estándar FMS.2

La organización elabora y mantiene un plan o planes por escrito que describen el proceso de gestión de riesgos para los pacientes, las familias, las visitas y el personal.

Intención de FMS.2

La gestión de riesgos del entorno en el que se trata a los pacientes y trabaja el personal requiere una planificación. La organización elabora un plan maestro o planes individuales que incluyen, según sea adecuado para la organización:

- a) Seguridad y protección
 - Seguridad – el grado en que los edificios, el terreno y el equipo de la organización no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y las visitas.
 - Protección – protección contra pérdidas, destrucción, manipulación o acceso o uso no autorizados
- b) Materiales peligrosos – gestión, almacenamiento y uso de materiales radiactivos u otros están controlados y los desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
- c) Emergencias – respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
- d) Seguridad contra incendios – la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
- e) Equipo médico – el equipo se selecciona, mantiene y utiliza para reducir los riesgos.
- f) Sistemas de suministros básicos – los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallos operativos.

Dichos planes se documentan y se actualizan de modo que reflejen las condiciones actuales o recientes del entorno de la organización. Existe un proceso para su revisión y actualización.

Elementos medibles de FMS.2

- 1. Existe uno o más planes documentados que abordan las áreas de riesgo a) hasta f) de la declaración de intención.
 - 2. El o los planes están vigentes o actualizados.
 - 3. El o los planes están plenamente implementados.
 - 4. La organización cuenta con un proceso para revisar y actualizar periódicamente el o los planes, anualmente.
-

Estándar FMS.3

Una o más personas cualificadas supervisan la planificación e implementación del programa de gestión de riesgos del entorno de atención.

Estándar FMS.3.1

Un programa de control proporciona datos sobre los incidentes, lesiones y demás acontecimientos que respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.

Intención de FMS.3 y FMS.3.1

El programa de gestión de riesgos en una instalación/entorno, tanto en una organización grande como en una pequeña, requiere el nombramiento de una o más personas que aporten su liderazgo y supervisión. En una organización pequeña, podrá nombrarse a una persona a tiempo parcial. En una organización más grande, deberán nombrarse varios ingenieros u otras personas especialmente capacitadas. Cualquiera sea la tarea, todos los aspectos del programa deben ser gestionados de forma efectiva y de manera sistemática y continua. La supervisión del programa incluye

- a) la planificación de todos los aspectos del programa;
- b) la implementación del programa;
- c) la educación del personal;
- d) las pruebas y controles del programa;
- e) la revisión y modificación periódica del programa;
- f) los informes anuales al cuerpo de gobierno con respecto a la efectividad del programa; y
- g) la prestación de una organización y una gestión coherentes y continuas.

Cuando resulte adecuado al tamaño y la complejidad de la organización, podrá formarse un comité de riesgo de la instalación/ del entorno, que podrá tener la responsabilidad de la supervisión y la continuidad del programa.

El control de todos los aspectos del programa aporta datos valiosos para la gestión y para reducir aún más los riesgos de la organización.

Elementos medibles de FMS.3

- 1. La supervisión y dirección del programa se asignan a una o más personas.
- 2. La o las personas están cualificadas, ya sea por experiencia o por capacitación.
- 3. La o las personas planifican e implementan el programa, incluidos los elementos a) hasta g) de la declaración de intención.

Elementos medibles de FMS.3.1

- 1. Existe un programa para controlar todos los aspectos del programa de gestión de riesgos de la instalación/ el entorno.
- 2. Se utilizan los datos de control para mejorar el programa.

Seguridad y protección

Estándares FMS.4

La organización planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

Estándares FMS.4.1

La organización inspecciona todos los edificios donde se atiende a pacientes y cuenta con un plan para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y las visitas.

Estándares FMS.4.2

La organización planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, edificios o componentes claves basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones.

Intención de FMS.4 hasta FMS.4.2

Los líderes de la organización utilizan bien los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura, efectiva y eficiente (*véase también* AOP.5.1, EM 1 y AOP.6.2, EM 1). La prevención y la planificación son fundamentales para crear una instalación de atención del paciente segura. A fin de planificar de manera efectiva, la organización debe ser consciente de todos los riesgos presentes en la instalación. Esto incluye todos los tipos de riesgo de seguridad, como el riesgo de incendios. El objetivo es prevenir accidentes y lesiones, mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y las visitas y reducir y controlar los riesgos y peligros. Esto es especialmente importante durante períodos de construcción o renovación. Además, para garantizar la seguridad, todo el personal, las visitas, los vendedores y demás personas dentro de la organización están identificadas, para lo que se les emite tarjetas de identificación (permanentes o transitorias), u otras medidas de identificación. Así mismo todas las áreas que necesitan ser seguras, tales como la sala de los recién nacidos, están protegidas y controladas.

Esto puede hacerse mediante un Plan de Mejora de las Instalaciones que incluya una inspección integral de las instalaciones, anotando todo, desde muebles con bordes filosos y rotos que podrían provocar lesiones hasta lugares que carecen de salida de emergencia para incendios o la imposibilidad de controlar un área protegida. Esta inspección periódica se documenta y ayuda a la organización a planificar y llevar adelante mejoras y a presupuestar actualizaciones o sustituciones de la instalación a un plazo más largo.

Al comprender los riesgos presentes en las instalaciones físicas, la organización podrá elaborar un plan proactivo para reducir dichos riesgos para los pacientes, las familias, el personal y las visitas. El plan puede incluir ítems como: instalación de cámaras de seguridad en áreas remotas, sustitución del generador de emergencia, sustitución de las puertas cortafuegos, etc. Este plan incluye seguridad y protección.

Elementos medibles de FMS.4

- 1. La organización cuenta con un programa para proporcionar una instalación física segura y protegida, incluyendo la monitorización y la mejora de las áreas de riesgo identificadas.
- 2. El programa asegura que todo el personal, las visitas y los vendedores tengan su identificación y que todas las áreas con riesgo de seguridad estén controladas y se mantengan protegidas. (*Véase también* AOP.5.2, EM 1 y 2 y AOP.6.2, EM 2)
- 3. El programa es efectivo para prevenir lesiones y mantener las condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y las visitas. (*Véase también* el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 6, EM 1)
- 4. El programa incluye seguridad y protección durante construcción y reformas.
- 5. Los líderes aplican los recursos conforme a los planes aprobados.
- 6. Cuando haya entidades independientes en las áreas de atención al paciente a evaluar, la organización garantiza que dichas entidades cumplen con el programa de seguridad.

Elementos medibles de FMS.4.1

- 1. La organización cuenta con una inspección documentada, vigente y precisa de sus instalaciones físicas.
- 2. La organización tiene un plan para reducir los riesgos evidentes basándose en la inspección.

- 3. La organización está avanzando en cuanto a la realización del plan.

Elementos medibles de FMS.4.2

- 1. La organización planifica y presupuesta para cumplir con las leyes, reglamentaciones y demás requisitos correspondientes.
- 2. La organización planifica y presupuesta la actualización o sustitución de sistemas, edificios o componentes necesarios para la operación continua de una instalación segura y efectiva. (Véase ACC.6.1, EM 5)

Materiales peligrosos

Estándar FMS.5

La organización cuenta con un plan para el inventario, gestión, almacenamiento y uso de materiales peligrosos y el control y desecho de materiales peligrosos y residuos.

Intención de FMS.5

La organización identifica y controla en forma segura los materiales y residuos peligrosos (véase también AOP.5.1, EM 1 y AOP.6.2, EM 1) conforme a un plan. Dichos materiales y residuos incluyen productos químicos, agentes de quimioterapia, materiales y desechos radiactivos, gases y vapores peligrosos, y demás residuos médicos e infecciosos reglamentados. El plan prevé procesos para

- el inventario de materiales y residuos peligrosos;
 - la manipulación, el almacenaje y el uso de materiales peligrosos;
 - la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes;
 - el desecho adecuado de residuos peligrosos;
 - el uso del debido equipo y procedimientos de protección durante el uso, derrame o exposición;
 - la documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario;
- y
- el etiquetado adecuado de materiales y residuos peligrosos.

Elementos medibles de FMS.5

- 1. La organización identifica materiales y residuos peligrosos y posee una lista actualizada de todos esos materiales dentro de la organización. (Véase también AOP.5.1, EM 1 y AOP.6.6, EM 1)
- 2. El plan para la gestión, almacenamiento y uso seguro de materiales peligrosos está definido e implementado. (Véase también AOP.5.1, intención del estándar y EM 3; AOP.5.5, EM3; AOP 6.2, EM 4 y AOP.6.6, EM.3).
- 3. El plan para la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes está definido e implementado.
- 4. El plan para la gestión adecuada de los residuos dentro de la organización y el desecho de residuos peligrosos de manera segura y conforme a la ley está definido e implementado. (Véase también AOP.6.2, EM 4)
- 5. El plan para el uso del debido equipo y procedimientos de protección durante el uso, derrame o exposición está definido e implementado. (Véase también AOP.5.1, EM 4 y AOP.6.2, EM 5 y AOP.6.6, EM5).
- 6. El plan para los requisitos de documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario está definido e implementado.
- 7. El plan para el etiquetado de materiales y residuos peligrosos está definido e implementado. (Véase también AOP.5.5, EM 5 y AOP.6.6, EM 5)
- 8. Cuando haya entidades independientes en las áreas de atención al paciente a evaluar, la organización garantiza que dichas entidades cumplen con el plan para la gestión de materiales y residuos peligrosos.

Preparación para desastres

Estándares FMS.6

La organización elabora y mantiene un plan y un programa de gestión de emergencias para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole en la comunidad.

Estándares FMS.6.1

La organización somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Intención de FMS.6 y FMS.6.1

Las emergencias, las epidemias y los desastres de la comunidad pueden involucrar directamente a la organización, como por ejemplo el caso de daños en áreas de atención a pacientes como resultado de un terremoto, o una gripe que impide que el personal se presente a trabajar. A fin de responder en forma efectiva, la organización elabora un plan y un programa para gestionar tales emergencias. El plan prevé procesos para

- a) la determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas e incidentes;
- b) la determinación del rol de la organización en tales incidentes;
- c) las estrategias de comunicación ante incidentes;
- d) la gestión de recursos durante incidentes, incluidas fuentes alternativas;
- e) la gestión de actividades clínicas durante incidentes, incluidos lugares de atención alternativos;
- y
- f) la identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un incidente.
- g) el proceso para gestionar emergencias cuando las responsabilidades personales de los profesionales entran en conflicto con las necesidades de personal para la atención al paciente de la organización.

El plan se prueba mediante:

- Una prueba interna del plan completo o como parte del plan ampliado de la comunidad al menos una vez al año.
- Prueba de los elementos críticos de la a) a la g) del plan a lo largo del año.

Si la organización sufre un desastre real, activa su plan y posteriormente elabora los debidos informes, esta situación representa el equivalente a una prueba anual.

Elementos medibles de FMS.6

- 1. La organización tiene identificados los principales desastres internos y externos, como emergencias en la comunidad, epidemias y desastres naturales y de otro tipo, así como los principales acontecimientos epidémicos que tienen grandes probabilidades de ocurrir.
- 2. La organización planifica su respuesta a probables desastres incluidos los puntos a) hasta g) de la declaración de intención.

Elementos medibles de FMS.6.1

- 1. El plan completo, o al menos los elementos incluidos en los puntos a) hasta g) del plan, se someten a prueba anualmente.
- 2. Una vez terminada la prueba del plan, se lleva a cabo un análisis de la prueba.
- 3. Cuando haya entidades independientes en las áreas de atención al paciente a evaluar, la organización garantiza que dichas entidades cumplen con el plan de actuación ante emergencias.

Seguridad contra incendios

Estándar FMS.7

La organización planifica e implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.

Estándar FMS.7.1

El plan incluye prevención, detección temprana, extinción, aplacamiento y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios y otras emergencias no relacionadas con el fuego.

Estándar FMS.7.2

La organización realiza pruebas regularmente de su plan de seguridad contra incendios y humo, incluido todo dispositivo relacionado con la detección temprana y la extinción y documenta los resultados.

Intención de FMS.7 hasta FMS.7.2

El incendio es un riesgo siempre presente en una organización sanitaria. Por consiguiente, toda organización necesita planificar cómo mantener seguros a sus ocupantes en caso de incendio o humo. Una organización planifica, en particular,

- la prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y gestión segura de materiales potencialmente inflamables, incluidos gases medicinales inflamables como el oxígeno;
- los peligros relacionados con cualquier construcción, dentro o en los alrededores de los edificios ocupados por los pacientes;
- vías seguras y despejadas para salir en caso de incendio;
- advertencias tempranas, sistemas de detección temprana como patrullas contra incendios, detectores de humo o alarmas contra incendio;
- y
- mecanismos de extinción tales como mangueras, extintores químicos o sistemas de rociadores.

Estas acciones, al combinarse, ofrecen a los pacientes, a las familias, al personal y a las visitas el tiempo adecuado para salir con seguridad de la instalación en caso de incendio o humo. Estas acciones son efectivas independientemente de la antigüedad, el tamaño o la edificación de la instalación. Por ejemplo, una instalación pequeña, de un piso, hecha de ladrillos, empleará métodos diferentes a los de una instalación grande, de varios pisos, construida de madera.

El plan de seguridad contra incendios de la organización identifica

- la frecuencia de la inspección, las pruebas y el mantenimiento de los sistemas de protección y seguridad contra incendios, conforme a los requisitos;
- el plan para evacuar en forma segura la instalación en caso de incendio o humo;
- el proceso para hacer pruebas (de todas las partes del plan) durante un periodo de 12 meses;
- la formación necesaria del personal para proteger y evacuar en forma efectiva a los pacientes cuando ocurre una emergencia; y
- la participación de los miembros del personal en al menos una prueba de seguridad contra incendios por año.

La prueba del plan se puede llevar a cabo de múltiples formas. Por ejemplo, las organizaciones pueden designar un “responsable de fuego” en cada unidad y que este responsable pregunte de forma aleatoria a los profesionales qué harían si ocurriese un fuego en su unidad. Se puede hacer preguntas específicas a los profesionales como “¿Dónde está la llave para cerrar el oxígeno?, si tuvieses que cerrar el oxígeno, ¿qué harías con los pacientes que necesitan oxígeno?, ¿Dónde se encuentran los extintores de tu unidad?, ¿Cómo notificarías la existencia de fuego?, ¿Cómo proteges a los pacientes durante un fuego?, Si necesitas evacuar a los pacientes, ¿Cuál sería el proceso?” Los profesionales deben ser capaces de responder de forma apropiada a estas preguntas. Si no son capaces de hacerlo, se debe documentar esta situación y desarrollar un plan para reforzar la formación de los profesionales. El responsable del fuego debe mantener un registro de los profesionales a quienes ha preguntado estos aspectos. La organización también podría llevar a cabo un

cuestionario escrito para comprobar el conocimiento de los profesionales en relación a la seguridad contra incendios, como parte de la prueba del plan.

Se documentan todas las inspecciones, pruebas e instancias de mantenimiento.

Elementos medibles de FMS.7

- 1. La organización planifica un programa para asegurar que todos los ocupantes de las instalaciones de la organización estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias no relacionadas con el fuego.
- 2. El programa se implementa de manera continua e integral, para asegurar que se incluyan todas las áreas de atención al paciente y de trabajo del personal.
- 3. Cuando haya entidades independientes en las áreas de atención al paciente a evaluar, la organización garantiza que dichas entidades cumplen con el plan de prevención contra incendios.

Elementos medibles de FMS.7.1

- 1. El programa incluye la reducción de riesgos de incendio.
- 2. El programa incluye la evaluación de riesgos de incendio cuando se está construyendo dentro de la instalación o junto a la misma.
- 3. El programa incluye la detección temprana del fuego y el humo.
- 4. El programa incluye la extinción del fuego y el humo.
- 5. El programa incluye la salida segura de la instalación en caso de incendios y emergencias no relacionadas con el fuego.

Elementos medibles de FMS.7.2

- 1. Se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de detección y extinción de incendios con una frecuencia determinada por la organización.
- 2. El personal está capacitado para participar en el plan de seguridad contra incendios y humo. (*Véase también FMS.11.1, EM 1*)
- 3. Todo el personal participa en al menos una prueba de seguridad contra incendios y humo por año.
- 4. Los profesionales pueden demostrar cómo llevar a los pacientes a un entorno seguro.
- 5. Se documentan las inspecciones, pruebas y mantenimientos de equipos y sistemas.

Estándar FMS.7.3

La organización elabora e implementa un plan para limitar el tabaquismo entre el personal y los pacientes a determinadas áreas de la instalación donde no se atienden pacientes.

Intención de FMS.7.3

La organización elabora e implementa un plan para limitar el tabaquismo que

- se aplica a todos los pacientes, a las familias, al personal y a las visitas;
- y
- prohíbe fumar dentro de las instalaciones de la organización, o limita el permiso de fumar a espacios mínimos designados como áreas donde no se atienden pacientes, con ventilación hacia el exterior.

La política sobre tabaquismo de la organización identifica toda excepción a la política relacionada con los pacientes, como por ejemplo motivos médicos o psiquiátricos por los cuales un paciente tendría permiso para fumar y las personas que tienen la autorización para permitir tal excepción. Cuando se hace una excepción, el paciente fuma en un área designada, donde no se tratan pacientes y alejada de los demás pacientes.

Elementos medibles de FMS.7.3

- 1. La organización ha desarrollado una política y/o procedimiento para eliminar o limitar el tabaquismo.
- 2. La política y/o procedimiento se aplica a pacientes, familias, visitas y personal.
- 3. La política y/o procedimiento está implementada.
- 4. Existe un proceso para hacer excepciones a la política / procedimiento.

Equipo médico

Estándares FMS.8

La organización planifica e implementa un programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico y documentar los resultados.

Estándares FMS.8.1

La organización recoge datos de control para el programa de gestión del equipo médico. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo de la organización de actualizar o sustituir equipo.

Intención de FMS.8 y FMS.8.1

A fin de asegurar que el equipo médico esté disponible para su uso y que funcione debidamente, la organización

- hace un inventario del equipo médico;
- inspecciona regularmente el equipo médico;
- prueba el equipo médico según sea adecuado para su uso y requisitos;
- y
- realiza un mantenimiento preventivo.

Hay personas cualificadas que prestan estos servicios. El equipo se inspecciona y prueba cuando es nuevo y luego continuamente, según sea adecuado para la antigüedad y el uso del equipo, o basándose en las instrucciones del fabricante. Se documentan todas las inspecciones, los resultados de pruebas y toda instancia de mantenimiento. Esto ayuda a asegurar la continuidad del proceso de mantenimiento y ayuda al planificar el capital para las sustituciones, actualizaciones y demás cambios (*véase también* AOP.6.5. intención del estándar).

Elementos medibles de FMS.8

- 1. El equipo médico se gestiona, en toda la organización, conforme a un plan. (*Véase también* AOP.5.4, EM 1 y AOP.6.5, EM 1)
- 2. Existe un inventario de todo el equipo médico. (*Véase también* AOP.5.5, EM 3 y AOP.6.5, EM 3)
- 3. El equipo médico se inspecciona regularmente. (*Véase también* AOP.5.4, EM 4 y AOP.6.5, EM 4)
- 4. El equipo médico se prueba cuando es nuevo y según la edad, el uso y las instrucciones del fabricante a partir de entonces. (*Véase también* AOP.5.4, EM 5 y AOP.6.5, EM 5)
- 5. Existe un programa de mantenimiento preventivo. (*Véase también* AOP.5.4, EM 6 y AOP.6.5, EM 6)
- 6. Hay personas cualificadas que prestan estos servicios.

Elementos medibles de FMS.8.1

- 1. Se recogen y documentan datos de control para el programa de gestión del equipo médico. (*Véase también* AOP.5.5, EM 7 y AOP.6.5, EM 7)
- 2. Los datos de control se usan con fines de planificación y mejora.

Estándar FMS.8.2

La organización cuenta con un sistema de retiro de circulación de productos y equipos.

Intención de FMS.8.2

La organización cuenta con un proceso para identificar, recuperar y devolver o destruir productos y equipos retirados de circulación por su fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que se ocupa del uso de todo producto o equipo que deba ser retirado de circulación.

Elementos medibles de FMS.8.2

- 1. Hay un sistema implementado de retiro de circulación de los productos/equipos.
- 2. La política o procedimiento se ocupa de todo uso de cualquier producto o equipo que deba ser retirado de circulación.
- 3. Se implementa la política o el procedimiento.

Sistemas de suministros básicos

Estándar FMS.9

Hay agua potable y energía eléctrica disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante fuentes regulares o alternativas, para satisfacer las necesidades esenciales de atención al paciente.

Intención de FMS.9

En una organización sanitaria, la atención al paciente, tanto de rutina como urgente, se proporciona durante las 24 horas, todos los días de la semana. Por consiguiente, es fundamental contar con un abastecimiento ininterrumpido de agua potable y energía eléctrica para cubrir las necesidades de los pacientes. Pueden utilizarse fuentes regulares y alternativas.

Elementos medibles de FMS.9

- 1. Hay agua potable disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- 2. Hay energía eléctrica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Estándar FMS.9.1

La organización cuenta con procesos de emergencia para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, contaminación o fallo de los sistemas de agua y electricidad.

Estándar FMS.9.2

La organización prueba sus sistemas de agua y electricidad de emergencia periódicamente conforme al sistema y documenta los resultados.

Intención de FMS.9.1 y FMS.9.2

Las organizaciones sanitarias necesitan distintos equipos médicos y sistemas básicos según su misión, las necesidades de los pacientes y sus recursos. Independientemente del tipo de sistema y del nivel de sus recursos, una organización necesita proteger a los pacientes y al personal en emergencias como fallos del sistema, interrupción o contaminación.

A fin de prepararse para tales emergencias, la organización

- identifica el equipo, los sistemas y las ubicaciones que representan un mayor riesgo para los pacientes y el personal. Por ejemplo, identifica dónde se necesita iluminación, refrigeración, soporte vital y agua limpia para la higiene y esterilización de suministros;
- evalúa y minimiza los riesgos de fallos de los sistemas básicos en estas áreas;
- planifica fuentes de emergencia de energía eléctrica y agua limpia para estas áreas y necesidades;
- prueba la disponibilidad y fiabilidad de las fuentes de emergencia de electricidad y agua;
- y
- documenta los resultados de las pruebas.
- garantiza que la prueba de las fuentes alternativas de agua y electricidad ocurre al menos una vez al año o con una frecuencia mayor si así lo requieren las leyes y normativas locales o las condiciones de las fuentes de energía y agua. Algunas de las condiciones de las fuentes de energía y agua que pueden incrementar la frecuencia de las pruebas incluyen:
 - reparaciones repetidas de los sistemas de agua

- contaminación frecuente de las fuentes de agua
- redes eléctricas poco fiables, y
- cortes de corriente recurrentes, impredecibles

Elementos medibles de FMS.9.1

- 1. La organización identificó las áreas y servicios que corren mayor riesgo cuando hay fallos eléctricos, el agua está contaminada o se interrumpe su suministro.
- 2. La organización procura reducir los riesgos de dichos acontecimientos.
- 3. La organización planifica fuentes alternativas de electricidad y agua para emergencias.

Elementos medibles de FMS.9.2

- 1. La organización realiza pruebas de fuentes alternativas de agua al menos una vez al año o con mayor frecuencia si lo requieren las leyes y normativas locales y las condiciones de las fuentes de agua.
- 2. La organización documenta los resultados de dichas pruebas.
- 3. La organización realiza pruebas de fuentes alternativas de electricidad al menos una vez al año o con mayor frecuencia si lo requieren las leyes y normativas locales y las condiciones de las fuentes de electricidad.
- 4. La organización documenta los resultados de dichas pruebas.

Estándar FMS.10

Los sistemas de electricidad, agua, residuos, ventilación, gases médico y demás sistemas claves se someten periódicamente a inspecciones, instancias de mantenimiento y, cuando correspondiera, a mejoras.

Estándar FMS.10.1

Las personas o autoridades designadas controlan periódicamente la calidad del agua.

Estándar FMS.10.2

La organización recoge datos de control para el programa de gestión del sistema de suministros básicos. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo de la organización en casos que se deba actualizar o sustituir el sistema de suministros básicos.

Intención de FMS.10 hasta FMS.10.2

El funcionamiento seguro, efectivo y eficiente de los sistemas básicos y demás sistemas claves en la organización es fundamental para la seguridad de los pacientes, las familias, el personal y las visitas, y para cubrir las necesidades de atención de los pacientes. Por ejemplo, la contaminación por desechos en áreas de preparación de alimentos, la ventilación inadecuada en el laboratorio clínico, tanques de oxígeno que no se aseguran al guardarse, vías de oxígeno con escapes y cables eléctricos pelados, todo supone peligros. A fin de evitar estos y otros peligros, la organización cuenta con un proceso para la inspección regular de tales sistemas y para realizar un mantenimiento preventivo y otros tipos de mantenimiento. Durante las pruebas, se presta atención a los componentes críticos (por ejemplo, interruptores y relés) de los sistemas. Las fuentes de energía de emergencia y de respaldo se prueban bajo circunstancias planificadas que simulan los requisitos de carga reales. Las mejoras se hacen cuando es necesario, como por ejemplo mejoras del servicio eléctrico en áreas con equipos nuevos.

La calidad del agua puede cambiar de repente por muchas causas - algunas de las cuales pueden ser ajenas a la organización- como por ejemplo una rotura de la línea que abastece a la organización o la contaminación de la fuente de agua de la ciudad. La calidad del agua es también un factor crítico en los procesos de atención sanitaria, como por ejemplo la diálisis renal crónica. Por consiguiente, la organización establece un proceso para controlar la calidad del agua periódicamente; esta incluye la prueba biológica de agua habitual empleada en la diálisis renal crónica. La frecuencia de los controles se basa, en parte, en experiencias previas de problemas con la calidad del agua. El control pueden llevarlo a cabo personas nombradas por la organización, como por ejemplo personal del laboratorio clínico, o autoridades de salud pública, o control del agua ajenas a la organización que sean consideradas competentes para llevar a cabo tales pruebas. Es responsabilidad de la organización asegurarse de que las pruebas se completen según los requisitos.

El control de los sistemas básicos ayuda a la organización a evitar problemas y aporta la información necesaria para tomar decisiones relacionadas con las mejoras de los sistemas y para planificar la actualización o sustitución de los sistemas básicos. Los datos del control se documentan.

Elementos medibles de FMS.10

- 1. La organización identifica los sistemas básicos, de gases médico, de ventilación y otros sistemas claves.
- 2. Los sistemas claves se inspeccionan periódicamente.
- 3. Los sistemas claves se prueban periódicamente.
- 4. Los sistemas claves se mantienen periódicamente.
- 5. Los sistemas claves se mejoran según corresponda.

Elementos medibles de FMS.10.1

- 1. La calidad del agua se controla periódicamente.
- 2. El agua utilizada para la diálisis renal crónica se somete a pruebas periódicamente.

Elementos medibles de FMS.10.2

- 1. Se recogen y documentan datos de control para el programa de gestión de los servicios médicos básicos.
- 2. Los datos de control se usan con fines de planificación y mejora.

Formación del personal

Estándar FMS.11

La organización forma y capacita a todos los miembros del personal sobre sus roles para proporcionar una instalación de atención al paciente segura y efectiva.

Estándar FMS.11.1

Los miembros del personal están capacitados y conocen bien sus roles dentro de los planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias de la organización.

Estándar FMS.11.2

El personal está capacitado para operar y mantener equipo médico y sistemas de servicios básicos.

Estándar FMS.11.3

La organización prueba periódicamente el conocimiento del personal mediante demostraciones, simulacros y demás métodos adecuados. Posteriormente, se documentan dichas pruebas.

Intención de FMS.11 hasta FMS.11.3

El personal de la organización es la principal fuente de contacto con los pacientes, las familias y las visitas. Por consiguiente, es preciso que reciban formación y estén capacitados para desempeñar sus funciones de identificación y reducción de riesgos, protección de los demás y de sí mismos, y creación de una instalación segura y protegida. (*Véase también FMS.7.2, EM 3*)

Cada organización debe decidir el tipo y el nivel de capacitación para el personal, y llevar a cabo y documentar un programa para esta capacitación y formación. El programa puede incluir instrucción en grupo, material educativo impreso, un componente de orientación para el personal nuevo o algún otro mecanismo que cumpla con las necesidades de la organización. El programa incluye instrucción sobre los procesos para notificar riesgos potenciales, informe de incidentes y lesiones, y manipulación de materiales peligrosos y de otros tipos que representen un riesgo para sí mismos y para los demás.

El personal responsable de la operación o el mantenimiento del equipo médico recibe una capacitación especial. La capacitación puede provenir de la organización, del fabricante del equipo o de alguna otra fuente entendida.

La organización planifica un programa diseñado para comprobar periódicamente el conocimiento del personal sobre los procedimientos de emergencia, incluidos procedimientos de seguridad contra incendios, respuestas ante peligros como derrame de un material peligroso, y el uso de equipo médico que representa un riesgo para los pacientes y para el personal. El conocimiento puede probarse mediante una gran variedad de medios, como por ejemplo demostraciones individuales o grupales, la puesta en marcha de simulacros tales como una epidemia en la comunidad, el empleo de pruebas escritas o por ordenador u otros medios adecuados al conocimiento que se está probando. La organización documenta quiénes fueron sometidos a pruebas y los resultados de las mismas.

Elementos medibles de FMS.11

- 1. Para cada componente del programa de gestión y seguridad de las instalaciones de la organización, hay actividades formativas planificadas para garantizar que los miembros del personal en todos los turnos puedan desempeñar efectivamente sus responsabilidades. (*Véase también* AOP.5.1, EM 5 y AOP.6.2, EM 6)
- 2. La formación incluye a las visitas, los vendedores, los trabajadores contratados y demás personas, según sea adecuado para la organización y para los múltiples turnos de miembros del personal.

Elementos medibles de FMS.11.1

- 1. Los miembros del personal pueden describir y/o demostrar su rol en respuesta ante un incendio.
- 2. El personal puede describir y/o demostrar acciones para eliminar, minimizar o informar de riesgos de seguridad y protección, entre otros.
- 3. El personal puede describir y/o demostrar precauciones, procedimientos y participación en el almacenamiento, la manipulación y el desecho de gases médicos, residuos y materiales peligrosos, y en emergencias relacionadas.
- 4. Los miembros del personal pueden describir y/o demostrar procedimientos y su rol en emergencias y desastres, tanto a nivel interno como comunitario.

Elementos medibles de FMS.11.2

- 1. El personal está capacitado para operar el equipo médico y los sistemas básicos correspondientes a los requisitos de su trabajo.
- 2. El personal está capacitado para mantener el equipo médico y los sistemas básicos correspondientes a los requisitos de su trabajo.

Elementos medibles de FMS.11.3

- 1. Se somete a prueba el conocimiento del personal respecto a su rol en el mantenimiento de una instalación segura y efectiva.
- 2. Se documentan la capacitación y las pruebas del personal, estableciendo quiénes fueron capacitados y sometidos a prueba y cuáles fueron los resultados.



Cualificaciones y educación del personal (SQE)

Perspectiva general

Una organización sanitaria necesita una variedad adecuada de personas capaces y calificadas para cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes. Los líderes de la organización trabajan juntos para identificar la cantidad y el tipo de personal necesarios basándose en las recomendaciones de los directores de departamentos y servicios.

El reclutamiento, evaluación y designación del personal se logran mejor mediante un proceso coordinado, eficiente y uniforme. Es también esencial documentar las aptitudes, conocimiento, formación y experiencia laboral anterior del solicitante. Es de particular importancia revisar con cuidado las cualificaciones del personal médico y de enfermería, ya que participan en los procesos de atención clínica y trabajan directamente con los pacientes.

Las organizaciones sanitarias deben ofrecerle al personal oportunidades de aprendizaje y superación tanto a nivel personal como profesional. Por ello, se debe ofrecer al personal formación en el servicio y otras oportunidades de aprendizaje.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase también la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

Planificación

- SQE.1 Los líderes de la organización definen la formación, aptitudes, conocimiento y demás requisitos deseados de todos los miembros del personal.
 - SQE.1.1 Las responsabilidades de cada miembro del personal se definen en una descripción del puesto vigente.
- SQE.2 Los líderes de la organización elaboran e implementan procesos para reclutar, evaluar y designar al personal, además de otros procedimientos relacionados que la organización identifique.
- SQE.3 La organización utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal asistencial sean coherentes con las necesidades del paciente.
- SQE.4 La organización utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal no asistencial sean coherentes con las necesidades de la organización y los requisitos del cargo.
- SQE.5 Existe información documentada sobre el personal para cada uno de sus miembros.
- SQE.6 El plan de dotación de personal para la organización, elaborado por los líderes de forma participativa, identifica la cantidad, tipos y cualificaciones deseadas del personal.

- SQE.6.1 El plan de dotación de personal se revisa permanentemente y se actualiza según sea necesario.

Orientación y educación

- SQE.7 Todos los miembros del personal asistencial y no asistencial reciben orientación con respecto a la organización, departamento o unidad al que son asignados y con respecto a las responsabilidades específicas de su trabajo al momento de la designación.
- SQE.8 Cada miembro del personal recibe formación continuada dentro del servicio y demás formación y capacitación para mantener o mejorar sus aptitudes y conocimiento.
- SQE.8.1 Los miembros del personal que prestan atención al paciente y los demás miembros que la organización identifique reciben capacitación y pueden demostrar una competencia adecuada en técnicas de reanimación.
- SQE.8.2 La organización proporciona instalaciones y tiempo para la formación y capacitación del personal.
- SQE.8.3 La formación de los profesionales sanitarios, cuando se imparte dentro de la organización, se guía por los parámetros docentes definidos por el programa académico.
- SQE.8.4 La organización cuenta con un programa de salud y seguridad para el personal.

Personal médico

Incorporación al cuadro médico de la organización

- SQE.9 La organización tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las cualificaciones (habilitación, formación, capacitación y experiencia) del personal médico habilitado para prestar atención al paciente sin supervisión.
- SQE.9.1 Los líderes toman una decisión, en base a la información disponible, sobre la renovación del permiso de cada uno de los miembros del personal médico para continuar prestando atención sanitaria en la organización al menos cada tres años.

Personal médico

Asignación de privilegios clínicos

- SQE.10 La organización tiene un procedimiento objetivo, estandarizado y basado en la evidencia para autorizar a todos los miembros del personal médico a admitir y tratar pacientes y a prestar otros servicios clínicos según sus cualificaciones.

Personal médico

Monitorización y evaluación continuas de los médicos

- SQE.11 La organización lleva a cabo un proceso estandarizado para evaluar la calidad y la seguridad del paciente de los servicios prestados por cada miembro del personal médico.

Personal de enfermería

- SQE.12 La organización tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las cualificaciones (habilitación, educación, capacitación y experiencia) del personal de enfermería.
- SQE.13 La organización tiene un procedimiento estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y asignar tareas clínicas basándose en las cualificaciones de los miembros del personal de enfermería y en los requisitos reglamentarios.
- SQE.14 La organización tiene un procedimiento estandarizado para la participación del personal de enfermería en las actividades de mejora de la calidad de la organización, incluso la evaluación del desempeño individual, cuando así se indique.

Otros profesionales sanitarios

- SQE.15 La organización tiene un procedimiento estandarizado para recabar, verificar y evaluar las credenciales (habilitación, educación, capacitación y experiencia) de los demás profesionales sanitarios.
- SQE.16 La organización tiene un procedimiento estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y asignar tareas clínicas basándose en las cualificaciones de los demás profesionales sanitarios y en los requisitos reglamentarios.
- SQE.17 La organización tiene un proceso efectivo para la participación de los demás profesionales sanitarios en las actividades de mejora de la calidad de la organización.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Planificación

Estándar SQE.1

Los líderes de la organización definen la formación, aptitudes, conocimiento y demás requisitos deseados de todos los miembros del personal.

Intención de SQE.1

Los líderes de la organización definen los requisitos particulares de los cargos del personal. Definen la formación, aptitudes, conocimientos y demás requisitos deseados como parte de la proyección de la dotación de personal para cubrir las necesidades del paciente.

Los líderes se basan en los siguientes factores para proyectar las necesidades de personal:

- la misión de la organización;
- la diversidad de pacientes que atiende la organización, y la complejidad y gravedad de sus necesidades;
- los servicios que presta la organización;
- y
- la tecnología usada en la atención al paciente.

La organización cumple con las leyes y reglamentaciones que definen los niveles deseados de formación, aptitudes o demás requisitos de los miembros del personal, o que definen la cantidad de personal o una variedad de personal para la organización. La organización tiene en cuenta la misión de la organización y las necesidades de los pacientes, además de los requisitos de las leyes y reglamentaciones.

Elementos medibles de SQE.1

- 1. La misión de la organización, la variedad de pacientes, los servicios y la tecnología se tienen en cuenta para la planificación.
 - 2. Se definen la formación, las aptitudes y el conocimiento para el personal.
 - 3. Se incorporan a la planificación las leyes y reglamentaciones correspondientes.
-

Estándar SQE.1.1

Las responsabilidades de cada miembro del personal se definen en una descripción del puesto vigente.

Intención de SQE.1.1

Las responsabilidades de los miembros del personal que no estén habilitados para el ejercicio independiente están definidas en una descripción del puesto vigente. La descripción del puesto es la base para su asignación, orientación para el trabajo y evaluación del cumplimiento de sus responsabilidades laborales.

También se necesita una descripción del puesto para los profesionales sanitarios cuando:

- a) La persona cumpla principalmente funciones de gestión, como es el caso de los gerentes de departamento, o en cargos tanto asistenciales como de gestión, donde las responsabilidades gerenciales se identifican en una descripción del puesto;
- b) La persona tiene algunas responsabilidades asistenciales para las que no tiene autorización para ejercer independientemente, como un facultativo independiente que aprende un nuevo rol o nuevas aptitudes (la asignación de privilegios según SQE.10 es una alternativa);
- c) La persona está en un programa educativo y bajo supervisión y el programa académico identifica, para cada etapa o nivel de capacitación, qué se puede hacer independientemente y qué debe hacer bajo supervisión. La descripción del programa puede servir como descripción del puesto en tales casos;
- y
- d) Se permite que la persona preste servicios temporalmente en la organización (la asignación de privilegios según SQE.10 es una alternativa.)

Cuando una organización usa descripciones de puesto nacionales o genéricas, por ejemplo una descripción de puesto para una “enfermera”, es necesario agregar a este tipo de descripción de puesto las responsabilidades específicas del trabajo para los tipos de enfermera, por ejemplo, enfermera de cuidados intensivos, enfermera pediátrica, enfermera de quirófano, etc.

Para aquellas personas a quienes la ley y la organización permiten el ejercicio independiente, existe un proceso para identificar y autorizar a la persona el ejercicio de su trabajo según la formación, capacitación y experiencia. Este proceso aparece en SQE.9 para los miembros del personal médico y en SQE.12 para los miembros del personal de enfermería.

Los requisitos de esta norma se aplican a todos los tipos de “personal” que necesitan una descripción del puesto, que trabajan a tiempo completo, a tiempo parcial, son voluntarios o empleados temporales, por citar unos ejemplos.

Elementos medibles de SQE.1.1

- 1. Cada miembro del personal al que no se permite el ejercicio independiente tiene una descripción del puesto. (*Véase también* AOP.3, EM 5)
- 2. Las personas identificadas en a) -a- d) en la declaración de intención, cuando estén presentes en la organización, tienen una descripción del puesto adecuada a sus actividades y responsabilidades o se les han asignado los privilegios, si optó por esta alternativa. (*Véase también* AOP.3, EM 5)
- 3. Las descripciones de puesto son vigentes de acuerdo con la política del hospital.

Estándar SQE.2

Los líderes de la organización elaboran e implementan procesos para reclutar, evaluar y designar al personal, además de otros procedimientos relacionados que la organización identifique.

Intención de SQE.2

La organización ofrece un proceso eficiente, coordinado o centralizado para

- reclutar personas para los cargos disponibles;
- evaluar la capacitación, aptitudes y conocimiento de los candidatos;
- y
- designar personas para el personal de la organización.

Si el proceso no está centralizado, criterios, procesos y formularios similares permiten tener un proceso uniforme en toda la organización. Los directores de los departamentos y servicios participan recomendando la cantidad y las cualidades del personal necesarias para proporcionar los servicios clínicos a los pacientes, además de las funciones de apoyo no asistenciales, e impartir cualquier formación o cubrir otras responsabilidades del departamento. Los directores de los departamentos y servicios también ayudan en la toma de decisiones sobre las personas a designar para el personal. Por este motivo, los estándares en este capítulo complementan los estándares de Gobierno, liderazgo y dirección que describen las responsabilidades del director de un departamento o servicio.

Elementos medibles de SQE.2

- 1. Existe un proceso para reclutar personal. (*Véase también* GLD.3.5, EM 1)
- 2. Existe un proceso para evaluar las cualificaciones del personal nuevo.
- 3. Existe un proceso para designar personas para el personal.
- 4. El proceso es uniforme en toda la organización.
- 5. El proceso está implementado.

Estándar SQE.3

La organización utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal asistencial sean coherentes con las necesidades del paciente.

Intención de SQE.3

La organización contrata a los miembros del personal cualificados a través de un proceso que hace coincidir los requisitos del puesto con las del posible miembro del personal. Este proceso también asegura que las aptitudes de los miembros del personal sean, desde un principio y con el tiempo, coherentes con las necesidades de los pacientes.

Para los profesionales sanitarios de la organización que no ejerzan según una descripción del puesto, el proceso se identifica de SQE.9 hasta SQE.11.

Para el personal asistencial que trabaja con una descripción del puesto de trabajo, el proceso incluye

- Una evaluación inicial para asegurar que la persona realmente pueda asumir las responsabilidades de la descripción del puesto. Esta evaluación se realiza al comenzar a desempeñar las responsabilidades laborales, o antes. La organización podrá tener un período de “prueba” o de otro tipo durante el cual se supervise y evalúe de cerca al miembro del personal clínico, o el proceso podrá ser menos formal. Sin importar cuál sea el proceso, la organización asegura que el personal que preste servicios de alto riesgo o preste atención a pacientes de alto riesgo sea evaluado en el momento en que empieza a prestar atención. El departamento o servicio al cual se asigna este miembro del personal realiza esta evaluación de las aptitudes y conocimientos necesarios y conductas laborales deseadas.
- A continuación, la organización define el proceso y la frecuencia de la evaluación permanente de las habilidades del personal. La evaluación permanente asegura que la capacitación se realice cuando se necesite y que el miembro del personal pueda asumir responsabilidades nuevas o modificadas. Si bien dicha evaluación se realiza mejor de forma continuada, existe al menos una evaluación documentada de cada miembro del personal asistencial que trabaja según una descripción del puesto cada año. (La evaluación de aquellas personas a las que se permite trabajar independientemente se encuentra en SQE.11.)

Elementos medibles de SQE.3

- 1. La organización usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal asistencial con las necesidades del paciente. (*Véase también COP.6, EM 4*)
 - 2. Los nuevos miembros del personal asistencial son evaluados en el momento en que comienzan sus responsabilidades laborales.
 - 3. El departamento o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.
 - 4. La organización define la frecuencia de la evaluación permanente del personal asistencial.
 - 5. Existe al menos una evaluación documentada para cada miembro del personal asistencial que trabaje según una descripción del puesto cada año o con mayor frecuencia, según lo defina la organización.
-

Estándar SQE.4

La organización utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal no asistencial sean coherentes con las necesidades de la organización y los requisitos del cargo.

Intención de SQE.4

La organización busca personal que pueda cumplir los requisitos de los cargos no asistenciales. El supervisor del miembro del personal proporciona orientación para el cargo y se asegura de que el trabajador pueda cumplir con las responsabilidades de la descripción del puesto. El miembro del personal recibe el nivel de supervisión necesario y periódicamente se le evalúa para asegurar la competencia continua en el cargo.

Elementos medibles de SQE.4

- 1. La organización usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal no asistencial con los requisitos del cargo. (*Véase también AOP.5.2, EM 2 y 3 y AOP.6.3, EM 2 y 3*)
- 2. El nuevo personal no asistencial recibe una evaluación en el momento en que comienza sus responsabilidades laborales.
- 3. El departamento o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.
- 4. La organización define la frecuencia de la evaluación permanente del personal no asistencial.
- 5. Existe al menos una evaluación documentada de los miembros del personal no asistencial cada año o con mayor frecuencia, según lo defina la organización.

Estándar SQE.5

Existe información documentada sobre el personal para cada uno de sus miembros.

Intención de SQE.5

Cada miembro del personal en la organización tiene un expediente (o varios) con la información sobre sus cualificaciones, los resultados de las evaluaciones y su historial laboral. El proceso y los expedientes para los profesionales sanitarios, incluidos los permitidos por la ley y la organización para trabajar independientemente, se describen en SQE.9 para el personal médico, SQE.12 para el personal de enfermería y SQE.15 para los demás profesionales sanitarios. Los expedientes están normalizados y se mantienen actualizados de acuerdo con la política de la organización.

Elementos medibles de SQE.5

- 1. Se mantiene información del personal para cada miembro del personal.
- 2. Los archivos del personal contienen las cualificaciones del miembro del personal.
- 3. Los archivos del personal contienen la descripción del puesto de los miembros del personal, cuando corresponda.
- 4. Los archivos del personal contienen el historial laboral del miembro del personal.
- 5. Los archivos del personal contienen los resultados de las evaluaciones.
- 6. Los archivos del personal contienen un registro de la formación dentro del servicio que recibió el miembro del personal.
- 7. Los archivos del personal están estandarizados y se mantienen actualizados.

Estándar SQE.6

El plan de dotación de personal para la organización, elaborado por los líderes de forma participativa, identifica la cantidad, tipos y cualificaciones deseadas del personal.

Estándar SQE.6.1

El plan de dotación de personal se revisa permanentemente y se actualiza según sea necesario.

Intención de SQE.6 y SQE.6.1

La dotación apropiada y adecuada de personal es crítica para la atención al paciente, además de las actividades de docencia e investigación en las que participe la organización. Los líderes de la organización llevan a cabo la planificación del personal. El proceso de planificación utiliza métodos reconocidos para determinar los niveles de personal. Por ejemplo, se utiliza un sistema de gravedad del paciente para determinar la cantidad de personal de enfermería habilitado con experiencia en cuidados intensivos pediátricos que se necesita para una unidad pediátrica de cuidados intensivos de diez camas.

El plan está documentado e identifica la cantidad y los tipos necesarios de personal y las aptitudes, conocimiento y demás requisitos necesarios para cada departamento y servicio. El plan trata

- la reasignación del personal de un departamento o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal;
- la consideración de las solicitudes del personal para la reasignación según los valores culturales o creencias religiosas;
- y
- la política y el procedimiento para traspasar la responsabilidad de una persona a otra (por ejemplo, de un médico a una enfermera) cuando la responsabilidad se encuentre fuera del área de responsabilidad normal de dicha persona.

La dotación de personal planificada y real se monitoriza de forma continuada y el plan se actualiza según sea necesario. Cuando se monitoriza a nivel de un departamento o servicio, existe un proceso participativo para que los líderes de la organización actualicen el plan general.

Elementos medibles de SQE.6

- 1. Existe un plan documentado para la dotación de personal de la organización.
- 2. Los líderes elaboran el plan en colaboración.
- 3. La cantidad, tipos y cualificaciones deseadas para el personal se identifican en el plan mediante un método reconocido de dotación de personal. (*Véase también* AOP.6.3, EM 5)
- 4. El plan trata la asignación y reasignación del personal.
- 5. El plan trata el traspaso de responsabilidad de una persona a otra.

Elementos medibles de SQE.6.1

- 1. La efectividad del plan de dotación de personal se monitoriza permanentemente.
- 2. El plan se revisa y actualiza cuando sea necesario.

Orientación y educación

Estándar SQE.7

Todos los miembros del personal asistencial y no asistencial reciben orientación con respecto a la organización, departamento o unidad al que son asignados y con respecto a las responsabilidades específicas de su trabajo al momento de la designación.

Intención de SQE.7

La decisión de designar una persona como miembro del personal de una organización pone en movimiento varios procesos. Para un correcto desempeño, un nuevo miembro del personal, sin importar la posición del empleo, debe comprender el conjunto de la organización y cómo contribuirán sus responsabilidades asistenciales o no asistenciales específicas a la misión de la organización. Esto se logra mediante una orientación general con respecto a la organización y su papel en la organización y una orientación específica con respecto a las responsabilidades laborales de su cargo. La orientación incluye la notificación de errores médicos, las prácticas de prevención y control de infecciones, las políticas de la organización relativas a las órdenes de medicamento por teléfono y demás, según corresponda. (*Véase también* GLD.5.4, EM 1 y 2 y PCI.11, EM 4)

Los trabajadores contratados, los voluntarios, los estudiantes y profesionales en prácticas también reciben orientación respecto a la organización y su asignación o responsabilidades específicas, como por ejemplo seguridad del paciente y prevención y control de infecciones.

Elementos medibles de SQE.7

- 1. Los nuevos miembros del personal asistencial y no asistencial reciben orientación respecto a la organización, departamento o unidad al que son asignados y respecto a las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
- 2. Los trabajadores contratados reciben orientación respecto a la organización, departamento o unidad al que son asignados y respecto a las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
- 3. Los voluntarios reciben orientación respecto a la organización y a las responsabilidades asignadas.
- 4. Los estudiantes y profesionales en prácticas reciben orientación respecto a la organización y a las responsabilidades asignadas.

Estándar SQE.8

Cada miembro del personal recibe formación continuada dentro del servicio y demás formación y capacitación para mantener o mejorar sus aptitudes y conocimiento.

Intención de SQE.8

La organización recoge datos de varias fuentes para comprender las necesidades de formación continuada del personal. Los resultados de la evaluación de calidad y seguridad son una fuente de información para identificar las necesidades de formación del personal. Además, los datos de control del programa de gestión

de la instalación, la introducción de nueva tecnología, las áreas de aptitudes y conocimiento identificadas en la revisión del desempeño laboral, los nuevos procedimientos clínicos, y los planes futuros para ofrecer nuevos servicios representan dichas fuentes de datos. La organización tiene un proceso para reunir e integrar los datos de las fuentes para planificar el programa de formación del personal. Además, la organización determina qué miembros del personal, como por ejemplo profesionales sanitarios, deben recibir formación continua para mantener sus cualificaciones y cómo se controlará y documentará la formación de este personal. (Véase también GLD.3.5, EM 3)

Para mantener un desempeño del personal aceptable, enseñar nuevas aptitudes y ofrecer capacitación sobre nuevos equipos y procedimientos, la organización pone a disposición o consigue instalaciones, docentes y tiempo para la formación continuada dentro del servicio y otros tipos de formación. Esta formación es importante para cada miembro del personal, además de serlo para el avance continuo de la organización con el fin de cubrir las necesidades de los pacientes. Por ejemplo, el personal médico puede recibir formación sobre prevención y control de infecciones, avances en práctica médica o nueva tecnología. Los logros formativos de cada miembro del personal se documentan en su expediente personal.

Además, cada organización elabora e implementa un programa de salud y seguridad del personal adecuado para las necesidades sanitarias del personal y las inquietudes de seguridad de la organización y el personal.

Elementos medibles de SQE.8

- 1. La organización utiliza varias fuentes de datos e información, incluidos los resultados de la medición de calidad y seguridad, para identificar las necesidades formativas del personal.
 - 2. Los programas formativos se planifican según estos datos e información.
 - 3. El personal de la organización recibe formación y capacitación permanentes dentro del servicio. (Véase también AOP.5.1, EM 6 y AOP.6.2, EM 7)
 - 4. La formación es pertinente para la capacidad de los miembros del personal de cubrir las necesidades del paciente y/o para los requisitos de formación continuada. (Véase también AOP.5.1, EM 6, y AOP.6.2, EM.7).
-

Estándar SQE.8.1

Los miembros del personal que prestan atención al paciente y los demás miembros que la organización identifique reciben capacitación y pueden demostrar una competencia adecuada en técnicas de reanimación.

Intención de SQE.8.1

Cada organización identifica al personal a capacitar en técnicas de reanimación y el nivel de capacitación (básico o avanzado) adecuado para su papel en la organización.

El nivel adecuado de capacitación para estas personas se repite con la periodicidad establecida o los plazos de tiempo identificados por un programa de formación reconocido, o cada dos años si no se dispone de un programa de formación reconocido. Existen pruebas para comprobar si cada miembro del personal que asiste a la capacitación realmente logra el nivel de competencia deseado.

Elementos medibles de SQE.8.1

- 1. Se identifican los miembros del personal que prestan atención al paciente y demás personal que la organización identifique para recibir capacitación en soporte vital cardíaco.
- 2. El nivel adecuado de capacitación se proporciona con una frecuencia suficiente para cubrir las necesidades del personal.
- 3. Existen pruebas para demostrar si un miembro del personal aprobó la capacitación.
- 4. El nivel deseado de capacitación de cada persona se repite con la periodicidad establecida o dentro de los plazos de tiempo identificados por un programa de formación reconocido, o cada dos años si no se dispone de un programa de formación reconocido.

Estándar SQE.8.2

La organización proporciona instalaciones y tiempo para la formación y capacitación del personal.

Intención de SQE.8.2

Los líderes de la organización apoyan el compromiso de formación continuada del personal dentro del servicio, poniendo a disposición espacio físico, equipos y tiempo para los programas de educación y capacitación. La disponibilidad de información científica actual apoya la educación y capacitación.

La formación y capacitación pueden tener lugar en un lugar centralizado o en varios centros más pequeños de aprendizaje y desarrollo de aptitudes en toda la instalación. La educación se puede ofrecer una vez para todos o repetirse para el personal según el turno para minimizar el impacto en las actividades de atención al paciente.

Elementos medibles de SQE.8.2

- 1. La organización pone a disposición instalaciones y equipo para la educación y capacitación del personal dentro del servicio.
- 2. La organización proporciona tiempo suficiente para que todo el personal tenga la oportunidad de participar en la formación y capacitación relevantes.

Estándar SQE.8.3

La formación de los profesionales sanitarios, cuando se imparte dentro de la organización, se guía por los parámetros docentes definidos por el programa académico.

Intención de SQE.8.3

A menudo, las organizaciones sanitarias son el entorno clínico para la capacitación de médicos, personal de enfermería, otros profesionales sanitarios y otros estudiantes. Cuando participa en dichos programas docentes la organización

- proporciona mecanismos para supervisar los programas;
- obtiene y acepta los parámetros del programa académico patrocinador;
- tiene un registro completo de todos los asistentes a los programas dentro de la organización;
- tiene documentación del estado de inscripción, habilitación o certificaciones logradas y la clasificación académica de los participantes;
- comprende y ofrece el nivel necesario de supervisión para cada tipo y nivel de participante;
- integra a los participantes en los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones y demás programas de la organización.

Elementos medibles de SQE.8.3

- 1. La organización proporciona mecanismos para supervisar los programas de capacitación.
- 2. La organización obtiene y acepta los parámetros del programa académico patrocinador.
- 3. La organización tiene un registro completo de todos los asistentes a los programas dentro de la organización.
- 4. La organización tiene documentación del estado de inscripción, habilitación o certificaciones logradas y clasificación académica de los participantes.
- 5. La organización comprende y ofrece el nivel necesario de supervisión para cada tipo y nivel de participante.
- 6. La organización integra a los participantes en los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones y demás programas de la organización.

Estándar SQE.8.4

La organización cuenta con un programa de salud y seguridad para el personal.

Intención de SQE.8.4

La salud y seguridad del personal de una organización son importantes para mantener la salud, satisfacción y productividad del personal. La seguridad del personal también forma parte del programa de calidad y seguridad del paciente de la organización. El modo en que la organización orienta y capacita al personal, ofrece un lugar de trabajo seguro, mantiene el equipo biomédico y demás equipos, previene o controla las infecciones asociadas con la atención sanitaria, y muchos otros factores determinan la salud y el bienestar del personal. (Véase también PCI.5.1, EM 2)

El programa de salud y seguridad del personal se puede ubicar dentro de la organización o se puede integrar con programas externos. Sin importar la dotación de personal y la estructura del programa, el personal comprende cómo informar y recibir tratamiento, asesoramiento y seguimiento por lesiones como punciones con agujas, exposición a enfermedades infecciosas, identificación de riesgos y condiciones peligrosas en la instalación, y demás temas de salud y seguridad. El programa también puede ofrecer una evaluación inicial de salud laboral, vacunas y exámenes preventivos periódicos, tratamiento para trastornos comunes relacionados con el trabajo, como lesiones lumbares o lesiones más urgentes.

El diseño del programa incluye aportes del personal y se basa en los recursos clínicos de la organización, así como en los de la comunidad.

Elementos medibles de SQE.8.4

- 1. Los líderes y el personal de la organización planifican el programa de salud y seguridad.
- 2. El programa es sensible a las necesidades urgentes y no urgentes del personal mediante tratamiento directo y derivaciones.
- 3. Los datos del programa informan el programa de calidad y seguridad de la organización.
- 4. Existe una política sobre el suministro de vacunas para el personal.
- 5. Existe una política sobre la evaluación, asesoramiento y seguimiento del personal expuesto a enfermedades infecciosas que está coordinada con el programa de prevención y control de infecciones. (Véase también PCI.5, EM 2)

Personal médico

Incorporación al cuadro médico de la organización

Estándar SQE.9

La organización tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las cualificaciones (habilitación, formación, capacitación y experiencia) del personal médico habilitado para prestar atención al paciente sin supervisión.

Estándar SQE.9.1

Los líderes toman una decisión, en base a la información disponible, sobre la renovación del permiso de cada uno de los miembros del personal médico para continuar prestando atención sanitaria en la organización al menos cada tres años.

Intención de SQE.9 y 9.1.

Se entiende como personal médico a los médicos, dentistas y otros profesionales sanitarios con licencia para la práctica independiente (sin supervisión) y que proporcionan servicios preventivos, curativos, restauradores, quirúrgicos, de rehabilitación o cualquier otro tipo de servicios médicos u odontológicos a los pacientes. Se incluyen también los profesionales que interpretan de resultados como servicios de patología, radiología o

laboratorio, independientemente del tipo de contrato o acuerdo que tengan con la organización para prestar estos servicios al paciente.

Estos profesionales son los responsables primarios de la atención al paciente y de los resultados de la atención. Por lo tanto, la organización tiene el mayor nivel de responsabilidad para asegurar que cada uno de estos facultativos esté cualificado para proporcionar una atención y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes.

La organización asume esta responsabilidad al

- comprender las leyes y reglamentaciones correspondientes que identifican a las personas que pueden trabajar independientemente y al confirmar que la organización también permite que dichos facultativos trabajen independientemente dentro de la organización;
- reunir todas las cualificaciones disponibles de los facultativos, incluidas, al menos, evidencias de educación y capacitación, evidencias de habilitación actual, evidencias de competencia actual mediante información de otras organizaciones en las que el facultativo ejerció, además de cartas de recomendación y/o demás información que la organización pueda exigir, tal como la historia clínica, fotografías, etc.;
- y
- verificar la información esencial, como el registro o habilitación actuales, especialmente cuando dichos documentos se renueven periódicamente y toda certificación y prueba de finalización de educación de posgrado.

La organización debe hacer todo lo posible para verificar la información esencial, incluso cuando la educación se completó en otro país y/o en un pasado lejano. Se pueden usar sitios web seguros, confirmación telefónica documentada de la fuente, confirmación por escrito y terceros, como un organismo oficial designado, gubernamental o no.

Las tres situaciones siguientes se consideran sustitutos aceptables para una organización que realice una verificación de la fuente original de las cualificaciones:

1. Correspondiente a hospitales supervisados directamente por organismos gubernamentales, el proceso de verificación del gobierno, apoyado por la disponibilidad de reglamentaciones gubernamentales transparentes sobre la verificación de la fuente original, además de habilitaciones del gobierno y el otorgamiento de status específicos (por ejemplo, asesor, especialista, etc.) aceptables.
2. Correspondiente a todos los hospitales, la existencia de un hospital afiliado que ya haya realizado la verificación de la fuente original del candidato, esta verificación se acepta siempre y cuando el hospital afiliado tenga la acreditación de JCI actual con “cumplimiento absoluto” de su proceso de verificación que se encuentra en SQE.9, EM 2.
3. Correspondiente a todos los hospitales, un tercero independiente, como por ejemplo un organismo oficial designado, gubernamental o no, verificó las cualificaciones, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: Un hospital que base parte de su decisión en la información ofrecida por un organismo oficial designado, gubernamental o no, debe tener confianza en la integridad, precisión y en lo oportuno de dicha información. Para lograr este nivel de confianza en la información, el hospital debe evaluar al organismo que facilita la información inicialmente y periódicamente, según corresponda. Los principios que guía dicha evaluación incluyen:
 - El organismo le hace saber al usuario qué datos e información le puede proporcionar.
 - El organismo le proporciona al usuario documentación donde se describen los procesos de recogida de datos, información y desarrollo y verificación.
 - El usuario y el organismo acuerdan el formato para la transmisión de la información sobre las cualificaciones de la persona desde el organismo.
 - El usuario puede distinguir fácilmente cuál información que transmitió el organismo proviene de una fuente original y cuál no.
 - Cuando el organismo transmite información que pueda perder vigencia, le proporciona la fecha de la última actualización de la información de la fuente original.
 - El organismo certifica que la información transmitida al usuario presenta de modo preciso la información que obtuvo.
 - El usuario puede distinguir si la información transmitida por el organismo desde una fuente original es toda la información de la fuente original en posesión del organismo pertinente para un elemento dado y, si no lo es, dónde se puede obtener información adicional.
 - Cuando sea necesario, el usuario podrá participar en los procesos de monitorización de calidad del organismo para resolver inquietudes sobre los errores de transmisión, incoherencias u otros problemas con los datos que puedan aparecer en algún momento.

- El usuario tiene un acuerdo formal con el organismo para la comunicación de los cambios en la información sobre la expedición de cualificaciones.

El cumplimiento de los estándares exige que las credenciales de los profesionales se verifiquen en la fuente original. Para cumplir este requisito:

- nuevos facultativos que comiencen cuatro meses antes de la evaluación estudio inicial para la acreditación;
- y
- facultativos actuales durante un período de 3 (tres) años para asegurar que la evaluación trienal para la acreditación de la organización haya logrado la verificación.

Nota: este requisito se refiere únicamente a la “verificación en fuente original” de las credenciales. Las credenciales de todos los facultativos deben estar recogidas y revisadas y es necesario que se hayan definido sus privilegios. En este proceso no se establecen excepciones (*Véase también el SQE.9 EM3*)

Cuando la verificación no es posible, por ejemplo debido a la pérdida de los documentos tras una catástrofe, se debe documentar.

La organización reúne y mantiene un archivo para las cualificaciones de cada facultativo. El proceso se aplica a todos los tipos y niveles de personal (empleados, honorarios, contratados y personal privado de la comunidad).

La organización revisa los archivos de cada miembro del personal médico en el nombramiento inicial y al menos cada tres años, para asegurar que el miembro del personal médico esté habilitado actualmente, no esté implicado en medidas disciplinarias de organismos de habilitación y certificación, que tenga documentación suficiente para buscar nuevos o ampliados privilegios o tareas existentes en la organización y que sea capaz física y mentalmente de prestar atención y tratamiento al paciente sin supervisión. La política de la organización establece los profesionales o mecanismos que son responsables de esta revisión y los criterios utilizados para la toma de decisiones, así como el modo de documentar dichas decisiones.

Elementos medibles de SQE.9

- 1. Se identifican a aquellos a quienes la ley, las reglamentaciones y la organización permiten prestar atención al paciente sin supervisión.
- 2. La organización mantiene una copia de las credenciales (habilitación, educación, capacitación, etc.) requeridas por la legislación y la política de la organización para cada uno de los miembros del personal médico, guardadas en el expediente de personal o en un archivo independiente para cada profesional.
- 3. Todas las credenciales (habilitación, educación, capacitación, etc.) se verifican con la fuente de origen que emitió las credenciales antes de que el profesional comience a prestar servicios en la organización.
- 4. Todas las credenciales del expediente (habilitación, certificación, registros, etc.) son vigentes y se actualizan con la periodicidad necesaria.
- 5. En el nombramiento inicial se toma una decisión basada en la información necesaria sobre la cualificación actual de la persona para prestar servicios de atención al paciente.

Elementos medibles de SQE.9.1

- 1. La organización cuenta con un proceso, reflejado en la política correspondiente, para la revisión de los expedientes de credenciales de los profesionales médicos a intervalos regulares, como mínimo una vez cada tres años.
- 2. Los profesionales designados realizan una decisión oficial sobre la renovación del permiso de cada miembro del personal médico para continuar proporcionando servicios de atención al paciente en la organización.
- 3. La decisión de renovar dicho permiso se documenta en el expediente de credenciales del profesional.

Personal médico

Asignación de privilegios clínicos

Estándar SQE.10

La organización tiene un procedimiento objetivo, estandarizado y basado en la evidencia para autorizar a todos los miembros del personal médico a admitir y tratar pacientes y a prestar otros servicios clínicos según sus cualificaciones.

Intención de SQE.10

La determinación de la competencia clínica actual y la decisión sobre qué servicios clínicos tendrá permitido prestar el miembro del personal médico, a menudo llamado “asignación de privilegios”, es la determinación más crítica que una organización deberá hacer para proteger la seguridad de los pacientes y mejorar la calidad de sus servicios clínicos.

La asignación de privilegios se lleva a cabo de la siguiente forma:

1. La organización elige un proceso estandarizado para identificar los servicios clínicos para cada persona. En el nombramiento inicial de la organización las cualificaciones identificadas en SQE.9 serán la base principal para la determinación de los privilegios. También se tendrán en cuenta las cartas de los lugares anteriores donde haya ejercido el profesional, de colegas profesionales, premios y otras fuentes de información, si las hubiera.
2. En cada renombramiento, cada tres años, la organización busca y utiliza la información en las áreas de competencia general siguientes de los facultativos clínicos:
 - a. *Atención al paciente*: el facultativo proporciona atención al paciente de modo compasivo, adecuado y efectivo para mejorar la salud, prevenir enfermedades, tratar enfermedades y cuidar al paciente al final de su vida.
 - b. *Conocimiento médico/clínico*: de las ciencias biomédicas, clínicas y sociales establecidas y en evolución, y la aplicación de esos conocimientos para la atención al paciente y la educación de los demás.
 - c. *Aprendizaje y mejora basados en el ejercicio*: mediante evidencia científica y métodos para investigar, evaluar y mejorar las prácticas de atención al paciente.
 - d. *Destrezas interpersonales y de comunicación*: que les permitan establecer y mantener relaciones profesionales con los pacientes, familiares y demás miembros de los equipos de atención sanitaria.
 - e. *Profesionalismo*: reflejado en el compromiso de un crecimiento profesional continuo, una práctica ética, una comprensión y sensibilidad hacia la diversidad, y una actitud responsable hacia los pacientes, su profesión y la sociedad.
 - f. *Prácticas basadas en el sistema*: mediante la comprensión de los contextos y sistemas en los cuales se presta la atención sanitaria.

Existe un procedimiento objetivo, estandarizado y basado en evidencia para volcar toda esta información en la decisión que refiere a los privilegios de un facultativo. El procedimiento se documenta en políticas y se sigue. Los líderes del personal médico pueden demostrar la efectividad del procedimiento en el proceso de nombramiento inicial y en el proceso de renombramiento.

Los privilegios clínicos, una vez determinados o revisados, están disponibles en copia impresa, electrónica u otro medio para las personas o lugares (por ejemplo, sala de operaciones, departamento de emergencia) en la organización donde el miembro del personal médico presta servicios. Esta información ayudará a asegurar que los miembros del personal médico se desempeñen dentro de los límites de su competencia y privilegios autorizados. La información se actualiza periódicamente, según corresponda.

Elementos medibles de SQE.10

- 1. La organización utiliza un procedimiento estandarizado documentado en la política correspondiente para otorgar privilegios a los facultativos en el nombramiento inicial y en los renombramientos. (*Véase también AOP.3, EM 5 y MMU.4.2, EM 2*)
- 2. La decisión de renovar los privilegios para prestar servicios al paciente tiene en cuenta los ítems desde a) hasta f) de la intención del estándar, y de la evaluación anual de la práctica del profesional.

- 3. Los servicios clínicos que lleva a cabo cada uno de los profesionales médicos están claramente definidos y los líderes de la organización se los comunican a los profesionales médicos y al resto de la organización.
- 4. Cada médico proporciona únicamente aquellos servicios para los que la organización le ha asignado privilegios.

Personal médico

Monitorización y evaluación continuas de los médicos

Estándar SQE.11

La organización lleva a cabo un proceso estandarizado para evaluar la calidad y la seguridad del paciente de los servicios prestados por cada miembro del personal médico.

Intención de SQE.11

Existe un proceso estandarizado para reunir, al menos anualmente, los datos pertinentes sobre cada facultativo para su revisión por parte del director del departamento pertinente o un cuerpo de revisión del personal médico. Dicha revisión permite que la organización identifique las tendencias del ejercicio profesional que tienen un impacto en la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Los criterios usados en la evaluación permanente del ejercicio profesional incluyen, entre otros:

- La revisión de los procedimientos operativos y demás procedimientos clínicos realizados y sus resultados
- El patrón de uso farmacéutico y de sangre
- Las solicitudes de análisis y procedimientos
- Los patrones de duración de la hospitalización
- Los datos de morbilidad y mortalidad
- El uso que hace el facultativo de las consultas y los especialistas
- Otros criterios pertinentes según lo determine la organización

Esta información se puede obtener a través de:

- Revisiones periódicas de las historias clínicas
- Observación directa
- Control de técnicas de diagnóstico y tratamiento
- Control de la calidad clínica
- Discusión con colegas profesionales y demás personal

La evaluación de las actividades del personal médico superior y de los directores de departamento se realiza a través de una autoridad interna o externa adecuada.

El proceso permanente de evaluación del ejercicio profesional es objetivo y se basa en la evidencia. El resultado del proceso de revisión puede ser que no haya ningún cambio en las responsabilidades del miembro del personal médico, que haya ampliación de las responsabilidades, limitación de responsabilidades, un período de asesoramiento y supervisión u otras medidas adecuadas. En cualquier momento durante el año, cuando surjan pruebas de un desempeño cuestionable o insuficiente, se realiza una revisión y se toman las medidas adecuadas. Los resultados de las revisiones, las medidas tomadas y el impacto en los privilegios se documentan en las cualificaciones del miembro del personal médico o en otro archivo.

Elementos medibles de SQE.11

- 1. La evaluación permanente de la calidad y la seguridad de los servicios de atención al paciente prestados por cada miembro del personal médico se revisan y comunican al profesional al menos una vez al año. (*Véase también* QPS.1.1, EM 1)
- 2. Se lleva a cabo una evaluación permanente y una revisión anual del ejercicio profesional de cada miembro del personal médico mediante un proceso uniforme definido en la política de la organización.
- 3. La evaluación incorpora de forma proactiva datos comparativos, como literatura de medicina basada en la evidencia.
- 4. La evaluación incorpora las conclusiones del estudio en profundidad de complicaciones, cuando corresponda. (*Véase también* QPS.5; QPS.6; y GLD.3.4, EM 3)

- 5. La información del proceso de evaluación del ejercicio profesional se documenta en las calificaciones del miembro del personal médico o en otro expediente.

Personal de enfermería

Estándar SQE.12

La organización tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las calificaciones (habilitación, educación, capacitación y experiencia) del personal de enfermería.

Intención de SQE.12

La organización necesita asegurarse que cuenta con un personal de enfermería calificado que coincide de modo adecuado con la misión, los recursos y las necesidades de los pacientes. El personal de enfermería es responsable de ofrecer atención directa al paciente. Además, la atención de enfermería contribuye a los resultados generales del paciente. La organización se debe asegurar que el personal de enfermería esté calificado para prestar atención de enfermería y debe especificar los tipos de atención que tiene permitido realizar, si así no lo hacen las leyes o las reglamentaciones. La organización se asegura de que cada enfermera esté calificada para prestar atención y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes al

- comprender las leyes y reglamentaciones correspondientes al personal de enfermería y al ejercicio de la enfermería;
- reunir todas las calificaciones disponibles sobre cada enfermera, incluso al menos
 - evidencia de educación y capacitación;
 - evidencia de habilitación actual;
 - evidencia de competencia actual mediante información de otras fuentes en las cuales la enfermera haya trabajado; y también
 - cartas de recomendación y/o demás información que la organización pueda exigir, tal como la historia clínica, fotografías, etc.; y
- verificar la información esencial, como el registro o habilitación actual, especialmente cuando dichos documentos se renueven periódicamente, así mismo toda certificación y prueba de finalización de educación especializada o avanzada.

La organización necesita hacer todo lo posible para verificar la información esencial, incluso cuando la educación se completó en otro país y/o en un pasado lejano. Se pueden usar sitios web seguros, confirmación telefónica documentada de la fuente, confirmación por escrito y terceros, como un organismo oficial designado, ya sea gubernamental o no.

Las situaciones descritas para el personal médico en la declaración de intención de SQE.9 se consideran sustitutos aceptables para una organización que realiza una verificación de la fuente original de las calificaciones de una enfermera.

El cumplimiento de los estándares exige que se realice la verificación de la fuente original para

- nuevas enfermeras solicitantes que comiencen cuatro meses antes del estudio inicial de acreditación;
- y
- enfermeras actuales empleadas durante un período de 3 (tres) años para asegurar que la evaluación trienal para la acreditación de la organización haya logrado la verificación. Esto se logra según un plan que da prioridad a la verificación de las calificaciones del personal de enfermería que presta servicios de alto riesgo, como en la sala de operaciones, servicio de urgencias o unidad de cuidados intensivos.

Cuando la verificación no es posible, por ejemplo debido a la pérdida de los documentos tras una catástrofe, se debe documentar.

La organización tiene un proceso que asegura que también se reúnan, verifiquen y revisen las calificaciones de cada enfermera contratada para asegurar la competencia clínica actual antes de la asignación.

La organización reúne y mantiene un archivo para las cualificaciones de cada enfermera. Los archivos contienen las habilitaciones actuales cuando las reglamentaciones exijan la renovación periódica. Hay una documentación de la capacitación relacionada con toda competencia adicional.

Elementos medibles de SQE.12

- 1. La organización tiene un procedimiento estandarizado para reunir las cualificaciones de cada miembro del personal de enfermería.
 - 2. Se documentan la habilitación, educación, capacitación y experiencia.
 - 3. Dicha información se verifica desde la fuente original de acuerdo con los parámetros que se encuentran en la declaración de intención de SQE.9.
 - 4. Se mantiene un historia clínica de las cualificaciones de cada miembro del personal de enfermería.
 - 5. La organización tiene un proceso que asegura que las cualificaciones del personal de enfermería contratado sean válidas y estén completas antes de la asignación.
 - 5. La organización tiene un proceso que garantiza que las credenciales del personal de enfermería que no está contratado directamente por la organización sino que acompaña a un médico independiente y proporciona servicios a pacientes de la organización, son completas.
-

Estándar SQE.13

La organización tiene un procedimiento estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y asignar tareas clínicas basándose en las cualificaciones de los miembros del personal de enfermería y en los requisitos reglamentarios.

Intención de SQE.13

La revisión de las cualificaciones del miembro del personal de enfermería ofrece la base para asignar las responsabilidades laborales y las actividades de atención clínica. Esta asignación se puede detallar en una descripción del puesto o descrita de otro modo o en otros documentos. Las asignaciones que haga la organización son coherentes con las leyes y reglamentaciones correspondientes a las responsabilidades de la enfermería y la atención clínica. (*Véase también* MMU.6, EM 3)

Elementos medibles de SQE.13

- 1. La habilitación, educación, capacitación y experiencia de un miembro del personal de enfermería se usan para realizar las asignaciones de las tareas clínicas.
 - 2. El proceso tiene en cuenta las leyes y reglamentaciones correspondientes.
-

Estándar SQE.14

La organización tiene un procedimiento estandarizado para la participación del personal de enfermería en las actividades de mejora de la calidad de la organización, incluso la evaluación del desempeño individual, cuando así se indique.

Intención de SQE.14

El papel clínico esencial del personal de enfermería exige que participe activamente en el programa de mejora de la calidad clínica de la organización. Si en algún momento durante el control, evaluación y mejora de la calidad clínica se pone en duda el desempeño de un miembro del personal de enfermería, la organización tiene un proceso para evaluar el desempeño de la persona. Los resultados de las revisiones, las medidas tomadas y el impacto en las responsabilidades del puesto se documentan en los expedientes del miembro del personal de enfermería o en otro archivo.

Elementos medibles de SQE.14

- 1. El personal de enfermería participa en las actividades de mejora de la calidad de la organización. (*Véase también* QPS.1.1, EM 1)
- 2. El desempeño de los miembros individuales del personal de enfermería se revisa cuando así lo indiquen los resultados de las actividades de mejora de la calidad.
- 3. La información adecuada del proceso de revisión se documenta en el expediente del miembro del personal de enfermería o en otro archivo.

Otros profesionales sanitarios

Estándar SQE.15

La organización tiene un procedimiento estandarizado para recabar, verificar y evaluar las credenciales (habilitación, educación, capacitación y experiencia) de los demás profesionales sanitarios.

Intención de SQE.15

Las organizaciones sanitarias emplean o pueden permitir que una variedad de otros profesionales sanitarios brinden atención y servicios a los pacientes o participen en los procesos de atención al paciente. Por ejemplo, estos profesionales incluyen parteras, asistentes quirúrgicos, especialistas en cuidados de emergencia, farmacéuticos y técnicos en farmacia. En algunos países o culturas, este grupo también incluye curanderos tradicionales o aquellas personas que se considera que prestan servicios complementarios a la medicina tradicional u ofrecen servicios alternativos (por ejemplo, acupuntura, medicina a base de hierbas). A menudo, estas personas no ejercen realmente en la organización, sino que hacen derivaciones a la organización u ofrecen atención continua o de seguimiento para los pacientes de la comunidad.

Muchos de estos profesionales completan los programas de capacitación formal y reciben una habilitación o certificado o se registran ante las autoridades locales o nacionales. Otros pueden completar programas de aprendizaje menos formales u otras experiencias supervisadas.

En caso de esos otros profesionales sanitarios que tienen permitido trabajar o ejercer en la organización sanitaria, la organización es responsable de reunir y verificar sus cualificaciones. La organización se debe asegurar que los demás profesionales sanitarios estén cualificados para prestar atención y tratamientos y debe especificar los tipos de atención y tratamiento que tienen permitido realizar, si así no lo hacen las leyes o las reglamentaciones. La organización se asegura de que los demás profesionales sanitarios estén cualificados para prestar atención y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes al

- comprender las leyes y reglamentaciones correspondientes a dichos profesionales;
 - reunir todas las cualificaciones disponibles de cada persona, incluidas, al menos, evidencias de educación y capacitación, evidencias de habilitación o certificación actuales cuando se exija;
- y
- verificar la información esencial, como el registro, habilitación o certificación actuales.

La organización debe hacer todo lo posible para verificar la información esencial relativa a las responsabilidades deseadas para la persona, incluso cuando la educación se completó en otro país y/o en un pasado lejano. Se pueden usar sitios web seguros, confirmación telefónica documentada de la fuente, confirmación por escrito y terceros, como un organismo oficial designado, gubernamental o no.

Las situaciones descritas para el personal médico en la declaración de intención de SQE.9 se consideran sustitutos aceptables para una organización que realiza una verificación de la fuente original de las cualificaciones de los demás profesionales sanitarios.

El cumplimiento de los estándares exige que se realice la verificación de la fuente original para

- nuevos solicitantes que comiencen cuatro meses antes del estudio inicial de acreditación;
- y
- profesionales sanitarios actuales empleados durante un período de 3 (tres) años para asegurar que la evaluación trienal para la acreditación de la organización haya logrado la verificación.

Cuando no exista un proceso de educación formal exigido, habilitación ni proceso de registro ni otra credenciales ni prueba de competencia, se documentará en el expediente de la persona. Cuando la verificación no es posible, por ejemplo debido a la pérdida de los documentos tras una catástrofe, se debe documentar en el expediente de la persona.

La organización reúne y mantiene un archivo para las cualificaciones de cada profesional sanitario. Los archivos contienen las habilitaciones o registros actuales cuando las reglamentaciones exijan la renovación periódica.

Elementos medibles de SQE.15

- 1. La organización tiene un procedimiento estandarizado para reunir las cualificaciones de cada miembro del personal profesional sanitario.
 - 2. Se documentan la habilitación, educación, capacitación y experiencia cuando sea pertinente.
 - 3. Dicha información se verifica desde la fuente original de acuerdo con los parámetros que se encuentran en la declaración de intención de SQE.9.
 - 4. Se mantiene un expediente sobre los demás profesionales sanitarios.
 - 5. El expediente contiene copias de la habilitación, certificación o historia clínica necesarios.
 - 6. La organización tiene un proceso que garantiza que las credenciales de otros profesionales sanitarios que no está contratado directamente por la organización sino que acompaña a un médico independiente y proporciona servicios a pacientes de la organización, son válidas y están en línea con los requisitos de credenciales establecidos por la organización.
-

Estándar SQE.16

La organización tiene un procedimiento estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y asignar tareas clínicas basándose en las cualificaciones de los demás profesionales sanitarios y en los requisitos reglamentarios.

Estándar SQE.17

La organización tiene un proceso efectivo para la participación de los demás profesionales sanitarios en las actividades de mejora de la calidad de la organización.

Intención de SQE.16 y SQE.17

La organización es responsable de identificar los tipos de actividad o rango de servicios que estas personas prestarán en la organización. Esto se puede lograr mediante acuerdos, asignaciones laborales, descripciones del puesto u otros métodos. Además, la organización define el nivel de supervisión (de modo coherente con las leyes y reglamentaciones existentes), si la hubiera, para estos profesionales.

Los demás profesionales sanitarios están incluidos en el programa de gestión y mejora de la calidad de la organización.

Elementos medibles de SQE.16

- 1. La habilitación, educación, capacitación y experiencia de los demás profesionales sanitarios se usan para realizar las asignaciones de las tareas clínicas.
- 2. El proceso tiene en cuenta las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Elementos medibles de SQE.17

- 1. Los demás profesionales sanitarios participan en las actividades de mejora de la calidad de la organización. (*Véase también* QPS.1.1, EM 1)
- 2. El desempeño de los demás profesionales sanitarios se revisa cuando así lo indican los resultados de las actividades de mejora de la calidad.
- 3. La información adecuada del proceso de revisión se documenta en el expediente del profesional sanitario.

Manejo de la comunicación y la información (MCI)

Perspectiva general

La atención al paciente es un esfuerzo complejo sumamente dependiente de la comunicación de información. Esta comunicación es para la comunidad, los pacientes y las familias y otros profesionales sanitarios. Los fallos de comunicación son una de las causas raíz más comunes de los incidentes de seguridad del paciente.

Para prestar, coordinar e integrar servicios, las organizaciones sanitarias confían en la información sobre la ciencia, los pacientes, la atención prestada, los resultados de la atención y su propio desempeño. Al igual que los recursos humanos, materiales y financieros, la información es un recurso que los líderes de la organización deben gestionar de forma efectiva. Toda organización busca obtener, gestionar y usar información para mejorar los resultados de los pacientes, así como también el desempeño de la organización tanto a nivel individual como general.

Con el tiempo, las organizaciones se vuelven más efectivas en

- identificar las necesidades de información;
- diseñar un sistema de gestión de la información;
- definir y capturar datos e información;
- analizar datos y transformarlos en información;
- transmitir e informar datos e información;
- e
- integrar y utilizar la información.

Si bien la informática y demás tecnologías mejoran la eficiencia, los principios de buena gestión de la información se aplican a todos los métodos, ya sean en papel o en formato electrónico. Estos estándares están diseñados para ser igualmente compatibles con sistemas no informatizados y tecnologías futuras.

Estándares

Comunicación con la comunidad

MCI.1 La organización se comunica con su comunidad para facilitar el acceso a la atención y el acceso a la información sobre sus servicios de atención al paciente.

Comunicación con los pacientes y las familias

MCI.2 La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su atención y sus servicios y cómo acceder a los mismos.

MCI.3 La comunicación y la educación del paciente y de la familia se ofrecen en un formato e idioma comprensibles.

Comunicación entre profesionales, dentro y fuera de la organización

MCI.4 La comunicación es efectiva en toda la organización.

MCI.5 Los líderes garantizan que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.

MCI.6 La información sobre la atención al paciente y la respuesta a la atención se comunica entre los profesionales médicos, de enfermería y demás profesionales sanitarios, durante cada turno del personal y entre los turnos.

- MCI.7 El o las historias clínicas del paciente están a disposición de los profesionales sanitarios, a fin de facilitar la comunicación de información esencial.
- MCI.8 La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto al paciente.

Liderazgo y planificación

- MCI.9 La organización planifica y diseña procesos de gestión de la información para cumplir con las necesidades de información tanto internas como externas.
- MCI.10 Se mantienen la privacidad y la confidencialidad de la información.
- MCI.11 Se mantiene la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos.
- MCI.12 La organización cuenta con una política sobre el tiempo de retención de historias clínicas, datos e información.
- MCI.13 La organización emplea códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimiento, símbolos, abreviaturas y definiciones.
- MCI.14 Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera de la organización se satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada.
- MCI.15 En la selección, integración y utilización de la tecnología de gestión de la información participa el personal clínico y de gestión necesario.
- MCI.16 Las historias clínicas y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizados.
- MCI.17 Los encargados de tomar decisiones y otros miembros del personal adecuados reciben formación y capacitación sobre los principios de gestión de la información.
- MCI.18 Una política o protocolo, por escrito, define los requisitos para elaborar y mantener las políticas y los procedimientos internos y el proceso para gestionar las políticas y procedimientos externos.

Historia clínica del paciente

- MCI.19 La organización inicia y mantiene un historia clínica de cada paciente evaluado o tratado.
 - MCI.19.1 La historia clínica contiene información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento y promover la continuidad de la atención entre los profesionales sanitarios.
 - MCI.19.1.1 La historia clínica de cada paciente que recibe atención de urgencias incluye la hora de llegada, las conclusiones al terminar el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.
 - MCI.19.2 La política de la organización identifica a las personas autorizadas para ingresar información en la historia clínica del paciente y determina el contenido y el formato de la historia clínica.

MCI.19.3 Cada ingreso en la historia clínica identifica a su autor y la fecha de ingreso.

MCI.19.4 Como parte de sus actividades de mejora de calidad, la organización evalúa periódicamente el contenido y la cumplimentación de la historia clínica.

Datos e información agregados

MCI.20 Los datos y la información agregados respaldan la atención al paciente, la gestión de la organización y el programa de gestión de calidad.

MCI.20.1 La organización cuenta con un proceso para agregar datos y ha determinado qué datos y qué información se agregarán periódicamente a fin de cumplir con las necesidades del personal clínico y de gestión de la organización y de organismos ajenos a la organización.

MCI.20.2 La organización cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

MCI.21 La organización respalda la atención al paciente, la educación, la investigación y la gestión con información oportuna de fuentes actuales.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Comunicación con la comunidad

Estándar MCI.1

La organización se comunica con su comunidad para facilitar el acceso a la atención y el acceso a la información sobre sus servicios de atención al paciente.

Intención de MCI.1

Las organizaciones sanitarias definen su comunidad y poblaciones de pacientes y planifican la comunicación permanente con dichos grupos claves. La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de los medios públicos de comunicación y a través de organismos dentro de la comunidad o a través de terceros. Los tipos de información comunicada incluyen

- información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención;
- información sobre la calidad de los servicios; la misma que se proporciona al público y a las fuentes de derivación.

Elementos medibles de MCI.1

- 1. La organización identifica su comunidad y poblaciones de interés.
- 2. La organización implementa una estrategia de comunicación con estas poblaciones.
- 3. La organización proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención. (*Véase también* GLD.3.1)
- 4. La organización proporciona información sobre la calidad de sus servicios.

Comunicación con los pacientes y las familias

Estándar MCI.2

La organización informa a los pacientes y a las familias sobre su atención y sus servicios y cómo acceder a los mismos.

Intención de MCI.2

Los pacientes y las familias necesitan información completa sobre la atención y los servicios ofrecidos por la organización, así como también sobre cómo acceder a tales servicios. Proporcionar esta información es fundamental para generar una comunicación abierta y de confianza entre los pacientes, las familias y la organización. Esta información ayuda a que coincidan las expectativas del paciente con la capacidad de la organización de satisfacer dichas expectativas. La información sobre fuentes alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la atención necesaria está más allá de la misión de la organización y de sus capacidades. (*Véase también* ACC.1.2, EM 1)

Elementos medibles de MCI.2

- 1. La organización proporciona información sobre la atención y los servicios prestados a los pacientes y a las familias. (*Véase también* ACC.1.2, EM 2)
- 2. Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la organización. (*Véase también* ACC.1.2, EM 2)
- 3. La información sobre fuentes alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la organización no puede prestar la atención o los servicios.

Estándar MCI.3

La comunicación y la educación del paciente y de la familia se ofrecen en un formato e idioma comprensibles.

Intención de MCI.3

Los pacientes solo pueden tomar decisiones informadas y participar en el proceso de atención si comprenden la información que se les proporciona. Por consiguiente, se presta especial atención al formato y al idioma empleados para comunicarse e impartir educación a los pacientes y a las familias. Los pacientes responden en forma diferente a las instrucciones verbales, los materiales impresos, las cintas de video, las demostraciones, etc. Además, es importante que se conozca el idioma de preferencia. En ocasiones, puede que sea necesario que los miembros de la familia o los intérpretes/ traductores ayuden con la educación o traduzcan materiales. Es importante reconocer las limitaciones de los familiares, principalmente en el caso de niños, para actuar como traductores para comunicar información y educación importante tanto clínica como de otra índole. Por consiguiente, sólo deberá recurrirse a los niños como traductores como último recurso. Cuando se empleen personas ajenas a la familia para traducir o interpretar, serán conscientes de las barreras que pueda tener el paciente para comunicarse y comprender. (Véase también ACC.1.3; PFE.3, EM 1; PFE.5, EM 1 y 2 y PFR.5)

Elementos medibles de MCI.3

- 1. La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un formato comprensible. (Véase también PFE.5, EMs 1 y 2, y PFR.5, intención del estándar).
- 2. La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible. (Véase también PFE.5, EMs 1 y 2, y PFR.5, intención del estándar).
- 3. Los familiares del paciente, principalmente los niños, actuarán como traductores sólo como último recurso.

Comunicación entre profesionales, dentro y fuera de la organización

Estándar MCI.4

La comunicación es efectiva en toda la organización.

Intención de MCI.4

La comunicación efectiva dentro de una organización es un tema que atañe al liderazgo. Por consiguiente, los líderes de la organización comprenden la dinámica de la comunicación entre grupos profesionales, unidades estructurales como departamentos, entre grupos profesionales y no profesionales y entre los profesionales sanitarios y la gerencia, entre los profesionales sanitarios y las familias y con organizaciones externas, por nombrar algunos. Los líderes de la organización no sólo establecen los parámetros de la comunicación efectiva, sino que también sirven como modelos mediante la comunicación efectiva de la misión de la organización, sus estrategias, planes y demás información relevante. Los líderes prestan atención a la exactitud y oportunidad de la información en la organización.

Elementos medibles de MCI.4

- 1. Los líderes garantizan que haya procesos implementados para comunicar información relevante en toda la organización, de manera oportuna. (Véase también ACC.2, EM 1 y MMU.5.1, EM 1)
- 2. Hay una comunicación efectiva en la organización y entre los programas de la misma. (Véase también ACC.2, EM 1)
- 3. Se da una comunicación efectiva con las organizaciones externas. (Véase también ACC.3.1, EM 2 y 3; y MMU.5.1, EM 1)
- 4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y las familias. (Véase también ACC.2, EM 4)
- 5. Los líderes comunican la misión de la organización y las políticas, planes y objetivos a todo el personal.

Estándar MCI.5

Los líderes garantizan que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.

Intención de MCI.5

Para coordinar e integrar la atención al paciente, los líderes desarrollan una cultura que hace énfasis en la cooperación y la comunicación. Los líderes elaboran métodos formales (por ejemplo: comités permanentes, equipos conjuntos) e informales (por ejemplo: boletines informativos) para la promoción de la comunicación entre servicios y entre miembros individuales del personal. La coordinación de los servicios clínicos proviene de una comprensión de la misión de cada departamento, de los servicios de cada departamento y de la colaboración en la elaboración de políticas y procedimientos comunes. Se establecen canales de comunicación entre directivos y gestores. Según sea adecuado para los servicios, la comunicación es de naturaleza tanto clínica como no clínica.

Elementos medibles de MCI.5

- 1. Los líderes aseguran una comunicación efectiva y eficiente entre los departamentos y servicios clínicos y no clínicos y los miembros del personal. (*Véase también ACC.2.1, EM 1*)
- 2. Los líderes fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos.
- 3. Existen canales de comunicación entre directivos y gestores.

Estándar MCI.6

La información sobre la atención al paciente y la respuesta a la atención se comunica entre los profesionales médicos, de enfermería y demás profesionales sanitarios, durante cada turno del personal y entre los turnos.

Intención de MCI.6

La comunicación y el intercambio de información entre los profesionales sanitarios son fundamentales para un proceso de atención sin complicaciones. La información esencial puede comunicarse por medios verbales, escritos o electrónicos. Cada organización decide qué información debe ser comunicada, a través de qué medios y con qué frecuencia. La información comunicada de un profesional sanitario a otro incluye

- el estado de salud del paciente;
- un resumen de la atención proporcionada;
- y
- la respuesta del paciente a la atención.

Elementos medibles de MCI.6

- 1. Existe un proceso para comunicar información del paciente entre los profesionales sanitarios, de manera permanente o en momentos claves del proceso de atención. (*Véase también AOP.1.4, EM 3*)
- 2. La información comunicada incluye el estado de salud del paciente.
- 3. La información comunicada incluye un resumen de la atención prestada.
- 4. La información comunicada incluye la evolución del paciente.

Estándar MCI.7

El o las historias clínicas del paciente están a disposición de los profesionales sanitarios, a fin de facilitar la comunicación de información esencial.

Intención de MCI.7

El o las historias clínicas del paciente son una fuente primaria de información en el proceso de atención y en la evolución del paciente, por lo que son una herramienta esencial de comunicación. Para que esta información resulte útil y respalde la continuidad de la atención al paciente, debe estar disponible durante la atención en hospitalización, para consultas ambulatorias y en otros momentos, según sea necesario y deberá mantenerse actualizada. Las notas médicas, de enfermería y demás profesionales sobre la atención al paciente deben estar a disposición de todos los profesionales sanitarios del paciente. La política de la

organización identifica a los proveedores que tienen acceso a la historia clínica del paciente, a fin de asegurar la confidencialidad de la información del paciente.

Elementos medibles de MCI.7

- 1. La política determina qué profesionales tienen acceso a la historia clínica del paciente.
- 2. La o las historias clínicas están a disposición de los profesionales sanitarios que las necesitan para atender al paciente. (*Véase también* AOP.1.5, EM 2)
- 3. La o las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.

Estándar MCI.8

La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto al paciente.

Intención de MCI.8

A menudo los pacientes son trasladados dentro de la organización durante su atención. Cuando cambia el equipo de atención debido a un traslado, la continuidad de la atención al paciente requiere que la información esencial relacionada con el paciente se transfiera junto al mismo. Por consiguiente, los medicamentos y demás tratamientos pueden continuar sin interrupciones y el estado del paciente se puede controlar debidamente. A fin de lograr esta transferencia de información, se transfieren el o las historias clínicas del paciente o se elabora un resumen de la información de la historia clínica del paciente en el momento de la transferencia. Dicho resumen incluye el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, los procedimientos realizados, los medicamentos y demás tratamientos administrados y el estado del paciente en el momento de la transferencia.

Elementos medibles de MCI.8

- 1. La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro de la organización.
- 2. El resumen incluye el motivo de admisión.
- 3. El resumen incluye los hallazgos relevantes.
- 4. El resumen incluye los diagnósticos.
- 5. El resumen incluye todos los procedimientos realizados.
- 6. El resumen incluye todos los medicamentos y demás tratamientos administrados.
- 7. El resumen incluye el estado del paciente al momento de la transferencia.

Liderazgo y planificación

Estándar MCI.9

La organización planifica y diseña procesos de gestión de la información para cumplir con las necesidades de información tanto internas como externas.

Intención de MCI.9

La información se genera y se utiliza durante la atención al paciente y para la gestión de una organización segura y efectiva. La capacidad de captar y proporcionar información requiere de una planificación efectiva. La planificación incorpora aportes de varias fuentes:

- los profesionales sanitarios;
- los gerentes y líderes de la organización; y
- las personas ajenas a la organización que necesitan o requieren datos o información sobre el funcionamiento y los procesos de atención de la organización.

La planificación también tiene en cuenta la misión de la organización, los servicios prestados, los recursos, el acceso a tecnología accesible y el apoyo para una comunicación efectiva entre los profesionales.

La prioridad de necesidad de información de estas fuentes influye sobre las estrategias de gestión de la información de la organización y sobre su capacidad de implementarlas. Las estrategias son adecuadas para el tamaño de la organización, la complejidad de los servicios y la disponibilidad de personal capacitado y demás recursos humanos y técnicos. El plan es integral, e incluye a todos los departamentos y servicios de la organización.

La planificación para la gestión de la información no requiere un plan de información formal por escrito, pero sí requiere evidencia de un enfoque planificado que identifique las necesidades de información de la organización.

Elementos medibles de MCI.9

- 1. En el proceso de planificación se tiene en cuenta las necesidades de información de los profesionales sanitarios.
 - 2. En el proceso de planificación se tiene en cuenta las necesidades de información de los gestores de la organización.
 - 3. En el proceso de planificación se tiene en cuenta las necesidades y requisitos de información de las personas y organismos ajenos a la organización.
 - 4. La planificación es adecuada para el tamaño y la complejidad de la organización.
-

Estándar MCI.10

Se mantienen la privacidad y la confidencialidad de la información.

Intención de MCI.10

La organización mantiene la privacidad y la confidencialidad de los datos y la información, y tiene especial cuidado en la preservación de la confidencialidad de datos e información que sean sensibles. Se busca el equilibrio entre compartir datos y la confidencialidad de los mismos. La organización determina el nivel de privacidad y confidencialidad mantenido para las distintas categorías de información (por ejemplo, la historia clínica del paciente, los datos de investigación).

Elementos medibles de MCI.10

- 1. Existe una política escrita que aborda la privacidad y confidencialidad de la información que se basa en las leyes y reglamentaciones y cumple con las mismas.
 - 2. La política está implementada.
 - 3. Se controla el cumplimiento de la política.
 - 4. La política de la organización define en qué medida los pacientes tienen acceso a su información sanitaria y el proceso para obtener dicho acceso cuando está permitido. (*Véase también* PFR.1.6, Intención)
-

Estándar MCI.11

Se mantiene la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos.

Intención de MCI.11

Las políticas y procedimientos abordan los procedimientos de seguridad que sólo permiten al personal autorizado el acceso a los datos y la información. El acceso a las distintas categorías de información se basa en la necesidad y está definido por cargo laboral y función, incluidos los estudiantes en entornos académicos. Un proceso efectivo define

- quién tiene acceso a la información;
- la información a la cual tiene acceso una persona;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información;
- y
- el proceso a seguir en casos en que se violen la confidencialidad y la seguridad.

Un aspecto para garantizar la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener la historia clínica de un paciente e ingresar información en dicha historia clínica. La organización elabora una política para autorizar a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en las historias clínicas de los pacientes. Existe un proceso para garantizar que sólo las personas autorizadas ingresen información en las historias clínicas de los pacientes.

Elementos medibles de MCI.11

- 1. La organización cuenta con una política documentada que aborda la seguridad de la información - incluida la integridad de los datos - que se basa en las leyes y reglamentaciones o cumple con las mismas.
 - 2. La política incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información identificada.
 - 3. Se identifica a las personas que necesitan acceder a cada categoría de datos e información y las que tienen un cargo laboral a quienes se les permite el acceso.
 - 4. La política está implementada.
 - 5. Se controla el cumplimiento de la política.
-

Estándar MCI.12

La organización cuenta con una política sobre el tiempo de retención de historias clínicas, datos e información.

Intención de MCI.12

La organización elabora e implementa una política que guía la retención de las historias clínicas y demás datos e información. Las historias clínicas de los pacientes y demás datos e información se retienen por períodos suficientes para cumplir con las leyes y reglamentaciones y para respaldar la atención al paciente, la gestión, la documentación legal, la investigación y la educación. La política de retención coincide con la confidencialidad y seguridad de dicha información. Cuando el período de retención se completa, se destruyen debidamente las historias clínicas de los pacientes y demás expedientes clínicos, datos e información.

Elementos medibles de MCI.12

- 1. La organización cuenta con una política sobre la retención de los historia clínicas y demás datos e información.
 - 2. El proceso de retención establece la confidencialidad y seguridad esperadas.
 - 3. Las historias clínicas, datos e información se destruyen debidamente.
-

Estándar MCI.13

La organización emplea códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimiento, símbolos, abreviaturas y definiciones.

Intención de MCI.13

La terminología, las definiciones, el vocabulario y la nomenclatura estandarizada facilitan la comparación de datos e información dentro de una organización y entre organizaciones. El empleo uniforme de códigos de diagnóstico y procedimientos respalda la agregación y el análisis de datos. Las abreviaturas y los símbolos también están estandarizados, e incluyen una lista de términos a “no utilizar”. Dicha estandarización cumple con los estándares reconocidos locales y nacionales.

Elementos medibles de MCI.13

- 1. Se emplean códigos de diagnóstico estandarizados y se controla su uso.
 - 2. Se emplean códigos de procedimiento estandarizados y se controla su uso.
 - 3. Se emplean definiciones estandarizadas.
 - 4. Se emplean símbolos estandarizados y están identificados y controlados los que no deben emplearse.
 - 5. Se emplean abreviaturas estandarizadas y están identificadas y controladas las que no deben emplearse.
-

Estándar MCI.14

Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera de la organización se satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada.

Intención de MCI.14

El formato y los métodos de difusión de datos e información al usuario se adaptan para satisfacer las expectativas del usuario. Las estrategias de difusión incluyen

- proporcionar sólo los datos e información que el usuario solicite o necesite;
- dar a los informes un formato que ayude a su uso en el proceso de toma de decisiones;
- proporcionar informes con la frecuencia que el usuario necesite;
- vincular fuentes de datos e información;
- y
- ofrecer interpretación o aclaración de datos.

Elementos medibles de MCI.14

- 1. La difusión de datos e información satisface las necesidades del usuario.
 - 2. Los usuarios reciben los datos y la información de manera oportuna.
 - 3. Los usuarios reciben los datos y la información en un formato que facilita su uso deseado.
 - 4. El personal tiene acceso a los datos y la información necesarios para cumplir las responsabilidades de su trabajo.
-

Estándar MCI.15

En la selección, integración y utilización de la tecnología de gestión de la información participa el personal clínico y de gestión necesario.

Intención de MCI.15

La tecnología de gestión de la información representa una importante inversión de recursos para una organización sanitaria. Por este motivo, la tecnología se ajusta cuidadosamente a las necesidades y recursos actuales y futuros de la organización. Es preciso integrar la tecnología disponible con los procesos de gestión de la información existentes; la tecnología mencionada ayuda a integrar las actividades de todos los departamentos y servicios de la organización. Este nivel de coordinación requiere la participación del personal clave, tanto clínico como de gestión, en el proceso de selección.

Elementos medibles de MCI.15

- 1. El personal clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.
 - 2. El personal de gestión participa en las decisiones de tecnología de la información.
-

Estándar MCI.16

Las historias clínicas y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizados.

Intención de MCI.16

Las historias clínicas de los pacientes y demás datos e información están seguros y protegidos en todo momento. Por ejemplo, las historias clínicas de los pacientes activos se guardan en áreas a las que sólo tiene acceso el personal sanitario autorizado y las historias clínicas se archivan en sitios donde es poco probable la presencia de calor, agua, fuego u otros agentes que provoquen daños. La organización también tiene en cuenta el acceso no autorizado a la información archivada electrónicamente e implementa procesos para prevenir dicho acceso. (*Véase también* PFR.1.6 en relación a la confidencialidad de la información del paciente.)

Elementos medibles de MCI.16

- 1. Las historias clínicas y la información están protegidas contra pérdidas o destrucción.
- 2. Las historias clínicas y la información están protegidas contra alteraciones y acceso o uso no autorizados.

Estándar MCI.17

Los encargados de tomar decisiones y otros miembros del personal adecuados reciben formación y capacitación sobre los principios de gestión de la información.

Intención de MCI.17

Las personas de la organización que generan, recogen, analizan y usan los datos y la información reciben educación y capacitación a fin de participar efectivamente en la gestión de la información. Esta educación y capacitación permiten a estas personas

- comprender la seguridad y la confidencialidad de los datos y la información;
- usar instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos;
- ayudar en la interpretación de datos;
- usar los datos y la información para ayudar en la toma de decisiones;
- educar y apoyar la participación de los pacientes y las familias en los procesos de atención;
- y
- usar indicadores para evaluar y mejorar los procesos de atención y de trabajo.

Las personas están educadas y capacitadas según corresponda, de acuerdo a sus responsabilidades, las descripciones de los puestos y las necesidades de datos e información.

El proceso de gestión de la información posibilita combinar información de varias fuentes y generar informes para respaldar la toma de decisiones. En particular, la combinación de información clínica y de gestión ayuda a los líderes de la organización a planificar de forma conjunta. El proceso de gestión de la información respalda a los líderes con datos longitudinales y datos comparativos integrados.

Elementos medibles de MCI.17

- 1. Los responsables de tomar decisiones y demás personas reciben formación sobre los principios de la gestión de la información.
- 2. La educación se adecua a las necesidades y responsabilidades del trabajo.
- 3. Los datos y la información clínica y de gestión se integran según sea necesario para apoyar la toma de decisiones.

Estándar MCI.18

Una política o protocolo, por escrito, define los requisitos para elaborar y mantener las políticas y los procedimientos internos y el proceso para gestionar las políticas y procedimientos externos.

Intención de MCI.18

Las políticas y protocolos tienen la finalidad de proporcionar información uniforme y estandarizada sobre el funcionamiento organizativo. Las políticas y procedimientos de la organización deben estar controladas. La política o protocolo contiene la siguiente información respecto al sistema para controlar la documentación:

- a) la revisión y aprobación de todas las políticas y procedimientos por parte de una persona autorizada, antes de su publicación;
- b) el proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de las políticas y procedimientos;
- c) los controles para garantizar que sólo estén disponibles las versiones actuales y relevantes de las políticas y los procedimientos donde se utilicen;
- d) la identificación de los cambios en las políticas y los procedimientos;
- e) el mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento;
- f) un proceso para gestionar las políticas y procedimientos originados fuera de la organización;
- g) la retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se garantiza que no se utilicen por error;
- y
- h) la identificación y el seguimiento de todas las políticas y procedimientos en circulación.

El sistema de seguimiento permite que cada documento se identifique por título, fecha de emisión, fecha de edición y/o de la revisión actual, número de páginas, persona que autoriza la emisión y/o revisó el documento, e identificación de la base de datos (si corresponde).

Existe un proceso para asegurarse de que los miembros del personal hayan leído y estén familiarizados con las políticas y procedimientos relevantes para su trabajo.

Los procesos para la elaboración y el mantenimiento de las políticas y procedimientos están implementados.

Elementos medibles de MCI.18

- 1. Existe una política o protocolo documentado que define los requisitos para la elaboración y mantenimiento de políticas y procedimientos, que incluye al menos los puntos a) hasta h) de la intención y está implementado.
- 2. Existe un protocolo documentado que describe el modo en que se controlan las políticas y procedimientos originados fuera de la organización y está implementado.
- 3. Existe una política o protocolo documentado que define la retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se asegura que no se utilicen por error y están implementados.
- 4. Existe una política o protocolo documentado que describe el modo en que se identifican y controlan todas las políticas y procedimientos en circulación y están implementados.

Historia clínica del paciente

Estándar MCI.19

La organización inicia y mantiene un historia clínica de cada paciente evaluado o tratado.

Intención de MCI.19

Todo paciente evaluado o tratado en una organización sanitaria como paciente ingresado, paciente externo o paciente de urgencias cuenta con una historia clínica. Se asigna a la historia clínica un identificador exclusivo para el paciente, o se emplea algún otro mecanismo para vincular al paciente con su historia clínica. Una única historia clínica y un único identificador permiten a la organización localizar fácilmente las historias clínicas del paciente y documentar la atención de los pacientes en el tiempo.

Elementos medibles de MCI.19

- 1. Se abre una historia clínica para cada paciente que la organización evalúe o trate.
- 2. Las historia clínicas de los pacientes se conservan mediante el uso de un identificador exclusivo del paciente o algún otro método efectivo.

Estándar MCI.19.1

La historia clínica contiene información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento y promover la continuidad de la atención entre los profesionales sanitarios.

Estándar MCI.19.1.1

La historia clínica de cada paciente que recibe atención de urgencias incluye la hora de llegada, las conclusiones al terminar el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.

Intención de MCI.19.1 y MCI.19.1.1

La historia clínica de cada paciente debe presentar información suficiente para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento administrado y documentar el curso y los resultados del tratamiento. Un formato y contenido estandarizado de la historia clínica de un paciente ayudan a promover la integración y la continuidad de la atención entre los distintos profesionales sanitarios que trabajan con el paciente.

La organización determina los datos e información específicos incluidos en la historia clínica de cada paciente evaluado o tratado ya sea como paciente externo, paciente de emergencia o paciente ingresado. La historia

clínica de cada paciente que recibe atención de emergencia incluye la información específica identificada en el estándar MCI.19.1.1.

Elementos medibles de MCI.19.1

- 1. La organización determina el contenido específico de las historias clínicas. (*Véase también* AOP.1.5, EM 1).
- 2. Las historias clínicas contienen la información adecuada para identificar al paciente.
- 3. Las historias clínicas contienen la información adecuada para apoyar el diagnóstico. (*Véase también* ASC.7, EM 3)
- 4. Las historias clínicas contienen la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento. (*Véase también* ASC.7.3, EM 2).
- 5. Las historias clínicas contienen la información adecuada para documentar el curso y los resultados del tratamiento. (*Véase también* AOP.1.5, EM 1; AOP.2, intención del estándar; COP.5, EM 4; ASC.5.2, EM 1; ASC.5.3, EM 2; ASC.6, EM 2; ASC.7.3, EM 3 Y MMU.4.3, EM 1)

Elementos medibles de MCI.19.1.1

- 1. Las historias clínicas de los pacientes de urgencia incluyen la hora de llegada.
 - 2. Las historias clínicas de los pacientes de urgencia incluyen las conclusiones al terminar el tratamiento.
 - 3. Las historias clínicas de los pacientes de urgencia incluyen el estado del paciente al alta.
 - 4. Las historias clínicas de los pacientes de urgencia incluyen todas las instrucciones para la atención de seguimiento.
-

Estándar MCI.19.2

La política de la organización identifica a las personas autorizadas para ingresar información en la historia clínica del paciente y determina el contenido y el formato de la historia clínica.

Estándar MCI.19.3

Cada ingreso en la historia clínica identifica a su autor y la fecha de ingreso.

Intención de MCI.19.2 y MCI.19.3

El acceso a cada categoría de información se basa en la necesidad y está definido por cargo laboral y función, incluidos los estudiantes en entornos académicos. Un proceso efectivo define

- quién tiene acceso a la información;
- la información a la cual tiene acceso cada persona;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información;
- y
- el proceso a seguir en casos en que se violen la confidencialidad y la seguridad.

Un aspecto de mantener la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener la historia clínica e ingresar información en dicha historia clínica. La organización elabora una política para autorizar a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en las historias clínicas. Existe un proceso para garantizar que sólo las personas autorizadas ingresen información en las historias clínicas y que el autor del ingreso se identifique y ponga la fecha. La política también define el proceso para modificar o corregir información ya introducida en la historia clínica. Si la organización lo exige, también se anota la hora en que se ingresó la información, como por ejemplo en el caso de tratamientos con horarios u órdenes de medicamentos.

Elementos medibles de MCI.19.2

- 1. Las personas autorizadas para ingresar información en la historia clínica están identificadas en la política de la organización. (*Véase también* el Objetivo internacional para la seguridad del paciente 2, EM 2)
- 2. El formato y la ubicación de la información ingresada están determinados por la política de la organización.
- 3. Existe un proceso para garantizar que sólo las personas autorizadas ingresen información en la historia clínica.
- 4. Se ha definido el proceso para modificar o corregir las anotaciones de la historia clínica.

- 5. La política de la organización identifica a los profesionales autorizados para acceder a la historia clínica.
- 6. Hay un proceso que garantiza que sólo los profesionales autorizados tiene acceso a la historia clínica.

Elementos medibles de MCI.19.3

- 1. Se puede identificar al autor de cada ingreso de información en la historia clínica.
 - 2. Se puede identificar la fecha de cada ingreso de información en la historia clínica.
 - 3. Cuando la organización así lo exige, se puede identificar la hora de un ingreso de información.
-

Estándar MCI.19.4

Como parte de sus actividades de mejora de calidad, la organización evalúa periódicamente el contenido y la cumplimentación de la historia clínica.

Intención de MCI.19.4

Cada organización determina el contenido y el formato de la historia clínica y cuenta con un proceso para evaluar el contenido y la cumplimentación de las historias clínicas. Ese proceso forma parte de las actividades de mejora de calidad de la organización y se lleva a cabo periódicamente. La revisión de las historias clínicas se basa en una muestra que representa a los facultativos que prestan atención y los tipos de atención prestada. El proceso de revisión lo realiza el personal médico, el personal de enfermería y demás profesionales clínicos relevantes autorizados a ingresar información en la historia clínica. La revisión se centra en lo oportuno, lo completo y lo legible, entre otras cosas, de la historia clínica y de la información clínica. El contenido de la historia clínica exigido por ley o reglamentación se incluye en el proceso de revisión. El proceso de revisión de las historias clínicas de la organización incluye tanto las historias clínicas de los pacientes que actualmente reciben atención como las historias clínicas de los pacientes dados de alta.

Elementos medibles de MCI.19.4

- 1. Las historias clínicas de los pacientes se revisan periódicamente.
 - 2. La revisión emplea una muestra representativa.
 - 3. La revisión la realizan médicos, enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en las historias clínicas o a gestionarlas.
 - 4. La revisión se centra en lo oportuno, lo legible y lo completo de la historia clínica.
 - 5. El contenido de las historias clínicas exigido por ley o reglamentación se incluye en el proceso de revisión.
 - 6. Las historias clínicas de los pacientes activos y dados de alta se incluyen en el proceso de revisión.
 - 7. Los resultados del proceso de revisión se incorporan en el mecanismo de supervisión de calidad de la organización.
-

Datos e información agregados

Estándar MCI.20

Los datos y la información agregados respaldan la atención al paciente, la gestión de la organización y el programa de gestión de calidad.

Estándar MCI.20.1

La organización cuenta con un proceso para agregar datos y ha determinado qué datos y qué información se agregarán periódicamente a fin de cumplir con las necesidades del personal clínico y de gestión de la organización y de organismos ajenos a la organización.

Estándar MCI.20.2

La organización cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

Intención de MCI.20 hasta MCI.20.2

La organización recoge y analiza datos agregados para respaldar la atención al paciente y la gestión de la organización. Los datos agregados proporcionan un perfil de la organización en el tiempo y permiten comparar el desempeño de la organización con el de otras organizaciones. Por consiguiente, los datos agregados constituyen una parte importante de las actividades de mejora de calidad de la organización. En particular, los datos agregados de gestión de riesgos, gestión del sistema de servicios básicos, prevención y control de infecciones y revisión de utilización pueden ayudar a la organización a comprender su desempeño actual y a identificar oportunidades para mejorar.

Al participar en bases de datos externas de calidad, una organización puede comparar su calidad con el de otras organizaciones a nivel local, nacional e internacional. La comparación de calidad es una herramienta efectiva para identificar oportunidades con el fin de mejorar y documentar el nivel de desempeño de la organización. Las redes de atención sanitaria y quienes compran o pagan para recibir atención sanitaria a menudo solicitan dicha información. Las bases de datos externas son sumamente variadas y van desde bases de datos de seguros hasta las de sociedades científicas profesionales. Es posible que las leyes o reglamentaciones exijan a las organizaciones que colaboren con algunas bases de datos externas (*véase también* QPS.4.2). En todos los casos, se mantiene la seguridad y la confidencialidad de los datos y la información.

Elementos medibles de MCI.20

- 1. Los datos e información agregados respaldan la atención al paciente.
- 2. Los datos e información agregados respaldan la gestión de la organización.
- 3. Los datos e información agregados respaldan el programa de gestión de calidad.

Elementos medibles de MCI.20.1

- 1. La organización cuenta con un proceso para agregar datos, en respuesta a las necesidades identificadas del usuario.
- 2. La organización proporciona los datos necesarios a organismos ajenos a la organización. (*Véase también* PCI.10.6, EM 1)

Elementos medibles de MCI.20.2

- 1. La organización cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o usar información de las mismas. (*Véase también* QPS.4.2, EM 2 y PCI.10.4, EM 1)
 - 2. La organización contribuye aportando datos o información a bases de datos externas, conforme a las leyes o reglamentaciones.
 - 3. La organización compara su desempeño utilizando como referencia bases de datos externas. (*Véase también* QPS.4.2, EM 2 y PCI.10.4, EM 1)
 - 4. Al contribuir con bases de datos externas, o al usarlas, se mantienen la seguridad y la confidencialidad.
-

Estándar MCI.21

La organización respalda la atención al paciente, la educación, la investigación y la gestión con información oportuna de fuentes actuales.

Intención de MCI.21

Los profesionales sanitarios, los investigadores, los educadores y los gestores a menudo necesitan información que los ayude con sus responsabilidades. Dicha información puede incluir literatura científica y de gestión, guías de práctica clínica, hallazgos de investigación y metodologías educativas. Internet, el material impreso de una biblioteca, las fuentes de búsqueda on-line y los materiales personales son fuentes valiosas de información vigente.

Elementos medibles de MCI.21

- 1. La información científica actual y otros tipos de información respaldan la atención al paciente.
- 2. La información científica actual y otros tipos de información respaldan la educación clínica.
- 3. La información científica actual y otros tipos de información respaldan la investigación.
- 4. La información profesional actual y otros tipos de información respaldan la gestión.
- 5. La información se proporciona en un plazo de tiempo que satisface las expectativas del usuario.