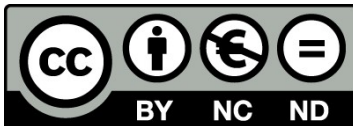

Treball Final de Màster

Aproximación crítica del modelo de acreditación actual en Cataluña versión 2023 a la luz de los cambios EFQM 2020 y Joint Commission International 2021

John Alexander Restrepo Benavides



Aquest TFM està subject a la licència

[ReconeixementNoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NCND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este TFM está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This TFM is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Trabajo de Fin de Máster

**Aproximación crítica del modelo de
acreditación actual en Cataluña versión
2023 a la luz de los cambios EFQM 2020 y
Joint Commission International 2021.**

Máster Universitario en Gestión Sanitaria

Autor	John Alexander Restrepo Benavides
Director	Dr. Jaume Duran
Fecha de presentación	08/09/2023

Trabajo de Fin de Máster

Tabla de contenido

1	Resumen Ejecutivo.....	1
2	Introducción.....	4
3	Justificación.....	10
4	Objetivos.....	13
4.1	Objetivo Principal.....	13
4.2	Objetivo Secundario.....	13
5	Marco Teórico.....	15
5.1	Definiciones de Criterios, Subcriterios, Agrupador Conceptual y Estándares.....	15
5.1.1	Criterio.....	15
5.1.2	Subcriterio.....	15
5.1.3	Agrupador Conceptual.....	16
5.1.4	Estándar.....	16
5.1.5	Características de los Modelos de Acreditación.....	16
5.1.6	Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña.....	17
5.1.7	Modelo EFQM 2020.....	18
5.1.8	Joint Commission International para Hospitales.....	22
6	Metodología y Diseño del proyecto.....	25
7	Resultados.....	29
7.1	Resultados para el Objetivo 1.....	29
7.1.1	Principales diferencias conceptuales entre los 3 modelos de	

Trabajo de Fin de Máster

acreditación.....	29
7.1.2 Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña 2023 en relación con las novedades y equivalencias al Modelo EFQM 2020.....	33
7.1.3 Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña 2023 frente al Modelo JCI 2021.....	36
7.2 Resultados para el Objetivo 2.....	45
8 Discusión.....	47
8.1 Aproximación del Manual de Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña a la luz del cruce del EFQM 2020 y Joint Commission International 2021.....	50
9 Conclusiones.....	52
9.1 Conclusiones del Objetivo Principal.....	52
9.2 Conclusiones del Objetivo Secundario.....	55
10 Bibliografía.....	57
11 Anexos.....	61

Índice de Tablas

Tabla 1. Comparativa y evolución a nivel de criterios y subcriterios (Modelo de Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña 2023, Modelo EFQM 2020 y Modelo JCI 2021.....	61
Tabla 2. Principales diferencias conceptuales entre los 3 modelos de acreditación (Modelo de Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña 2023, Modelo EFQM 2020 y Modelo JCI 2021).....	76

Trabajo de Fin de Máster

Tabla 3. No. de Estándares por Modelo de acreditación (Modelo de Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña 2023, Modelo EFQM 2020 y Modelo JCI 2021)..... 79

Tabla 4. Asociación de criterios, subcriterios y estándares (Modelo de Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña 2023 Y Modelo EFQM 2020)..... 80

Índice de Figuras

Figura 1. Buscador de Estándares por Número, Descripción del Estándar y Posible evidencia 85

Figura 2. Cuadro de Mando Desarrollado, con Indicadores..... 86

Figura 3. Adaptación del EFQM al Sector Sanitario..... 87

Figura 4. Aproximación de la JCI, Según Guía EFQM para el sector Sanitario. 88

Figura 5. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterios 1 y 2..... 89

Figura 6. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterio 3 90

Figura 7. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterio 4. 91

Figura 8. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterios 5. 92

Figura 9. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterio 6. 93

Figura 10. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares

Trabajo de Fin de Máster

de la JCI 7º ed. Criterio 7. 94

Trabajo de Fin de Máster

1 Resumen Ejecutivo.

Introducción. En el 2006 el sistema fue renovado y adaptado a las modernas tendencias en gestión de la calidad obteniendo un esquema innovador y pionero en Europa; el modelo de estándares de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña se aprobó en 2006 y contiene 5 versiones, la inicial en el 2006, en 2013, en 2020, en 2022 y en el 2023 el nuevo manual, unifica el manual de estándares y el manual del evaluador publicados en enero del 2020 a fin de que los centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña y sus evaluadores dispongan de una versión que le sea más fácil de aplicar incluyendo la mejora continua a lo largo del modelo y representándolos en sus subcriterios y estándares. La revisión del sistema de acreditación de salud de Cataluña a la luz de las modificaciones a partir de los modelos de calidad actualmente vigentes, como el Modelo EFQM 2020 (European Foundation Quality Management), y JCI 2021 7ed. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), aproxima, a un conjunto significativo de conocimientos, sólidos y validados en la literatura existente sobre calidad asistencial, estándares y sistemas de evaluación. Esta revisión se ha elaborado a partir de una exhaustiva revisión de la bibliografía de las versiones actuales, a la vez que se han definido los conceptos básicos para ofrecer recomendaciones y reflexiones.

Objetivos. Se han definido dos objetivos: **Objetivo principal:** Analizar el modelo de acreditación de centros atención hospitalaria aguda en Cataluña versión 2023 apoyado en una revisión bibliográfica y análisis de contenido para identificar la relación, novedades y equivalencias con los objetivos de la Joint Commission 2021 y criterios del modelo EFQM 2020.

Objetivo secundario: Actualizar la herramienta de gestión informática de evaluación de la Generalitat que facilita e integra los estándares nuevos, ajustando el sistema de puntuación que contemple la obtención de un grado

Trabajo de Fin de Máster

o nivel de cumplimiento, y que a su vez muestre a través de un Cuadro de mando o Dashboard los indicadores generales.

Metodología. La metodología empleada en el presente trabajo final de máster ha sido de un tipo: cualitativa, con el objetivo de simplificar el proceso, facilitar la estructuración de los datos, manejar y gestionar grandes cantidades de información. Una vez que se ha completado el análisis cualitativo, basado en revisión de estándares, criterios y evolución de ellos, se confirma las dimensiones teóricas que configuran el Modelo EFQM y Modelo JCI aplicado a la Acreditación Catalana. Para ello, el proceso se ha llevado a cabo, en primer lugar, un análisis para verificar hasta qué punto los estándares específicos del modelo EFQM y JCI asociadas a cada criterio y subcriterio del Modelo Catalán y que conforman cada uno de los puntos importantes en que se representan adecuadamente. En segundo lugar, como contraste de las relaciones entre los distintos subcriterios y estándares del Modelo EFQM y JCI identificando aquellos subcriterios específicos más relevantes dentro de cada criterio o subcriterio. Y, en tercer lugar, la versión informatizada de Excel con los estándares, del modelo de acreditación catalán recoge, un único resultado final, el cumplimiento final y global de los estándares; para realizar su mejora, se elaboró en la versión paga del programa informático Excel 365 (Microsoft Office), utilizando una base de datos de todos los estándares y adicionando campos de estatus, prioridad, subestatus, áreas responsables, gestores de los estándares (personas implicadas), costos, ahorros, horas de dedicación, fechas seleccionadas (fecha de inicio hasta la fecha de auditoria con los evaluadores) y comentarios del evaluador, la cual brindara generación de reportes efectivos de evaluación en donde se tendrá disponibilidad en la información de la eficiencia y eficacia del modelo de acreditación catalán.

Resultados. La acreditación (ACAT, EFQM y JCI), se evalúa la calidad utilizando criterios, subcriterios y estándares todos ellos adaptados al sector sanitario. La clave para el éxito de las organizaciones sanitarias en Cataluña

Trabajo de Fin de Máster

radica en la implementación de los modelos EFQM y JCI, o incluso en adaptarlos y actualizarlos al Modelo de acreditación catalán. Estas normas promueven la calidad de manera contundente, abordando de forma efectiva los retos actuales.

Conclusiones. El modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña sigue vigente, articula como herramienta esencial proporcionando mejora continua, garantizando la seguridad y la eficiencia de los servicios de atención hospitalaria. El proceso de acercar el modelo de acreditación catalán a las bases operativas del hospital implica a los mandos la adaptación y la implementación de estándares del manual de acreditación catalán al entorno hospitalario. Adecuar o actualizar el modelo catalán, que está basado en el modelo EFQM 2013 y en su estructura con total de 9 criterios al EFQM 2020 con 7 criterios. Revisar cruce entre modelo EFQM 2020 y JCI. Perfeccionar o evolucionar la herramienta informática de seguimiento directivo.

Trabajo de Fin de Máster

2 Introducción.

Los procesos de Acreditación se benefician de una constante mejora y actualización, con este punto de vista surge la necesidad de comparar el sistema de acreditación actual catalán con otros estándares internacionales (JCI y EFQM) para proponer la actualización de estándares e integración de aspectos relevantes que contribuyan a mejorar la calidad y seguridad en el sistema de acreditación catalán, específicamente en sus centros de atención hospitalaria aguda.

Los sistemas de salud de los países en el mundo y, entre ellos, el Sistema Nacional de Salud español además de los Departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), de cobertura universal, promueven la estandarización y la acreditación de equipos para evaluar y mejorar sus procesos asistenciales. De este modo, las administraciones, a través de estos procedimientos acreditativos, pretenden dar crédito, garantía y confianza a los usuarios y pacientes del nivel de calidad en la atención sanitaria, asegurando unas normas y estándares óptimos, para asegurar su responsabilidad social hacia los ciudadanos.

Los objetivos de un sistema de acreditación son principalmente establecer un nivel de calidad para la organización competente e impulsar la mejora continua de las organizaciones sanitarias. Además, la acreditación de una organización sanitaria mediante estándares ha de permitir a las instituciones dotarse de unos instrumentos de medida y evaluación, que promuevan la mejora continua y la obtención de unos resultados de salud excelentes.

La calidad en el ámbito de la salud se refiere a varios aspectos de la actividad

Trabajo de Fin de Máster

de una organización, como el producto o servicio, el proceso, la producción o prestación, y el grado de satisfacción que cumple con las exigencias del usuario. En 1966, Avedis Donabedian, considerado el padre de la Calidad, desarrolló un método innovador para medir la calidad de la atención médica, el cual fue publicado en el artículo "Evaluación de la calidad de la atención médica", uno de los artículos de Salud Pública más citados de los últimos 50 años.

En este método, Donabedian propuso utilizar la triada de Estructura, Proceso y Resultado para evaluar la calidad de la atención médica. La Estructura se refiere a los entornos, las calificaciones de los proveedores y los sistemas administrativos a través de los cuales se lleva a cabo la atención. El Proceso incluye los componentes de la atención brindada, y el Resultado se enfoca en la recuperación, restauración de la función y supervivencia. Esta triada sigue siendo la base de la evaluación de la calidad en la actualidad. En Europa, en 1985, se fundó la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), y en 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la seguridad del paciente.

En resumen, la calidad en el ámbito de la salud abarca diversos aspectos y la evaluación se puede realizar utilizando la triada de Estructura, Proceso y Resultado. Además, se han establecido organizaciones como la SECA y la Alianza Mundial para promover la seguridad del paciente y se han implementado modelos de acreditación que fomentan la mejora continua en el ámbito hospitalario.

Hacia los años 2000 el sistema catalán carecía de un modelo único y establecido de referencia en materia de acreditación de organizaciones

Trabajo de Fin de Máster

sanitarias. La Comunidad Autónoma de Cataluña, fue la primera comunidad autónoma con capacidad de planificación y gestión de su sistema sanitario, el cual se consideró un esquema innovador y pionero en Europa, se evaluaba la estructura física y organizativa de los hospitales de atención para enfermos agudos, y también uno de los instrumentos principales para la contratación de servicios sanitarios de los hospitales financiados públicamente, que deben acreditarse según el modelo de acreditación vigente, mientras que para los hospitales privados la acreditación es voluntaria.

En 2005, en Cataluña se implementó un nuevo modelo de Acreditación hospitalaria basado en el modelo de la EFQM, que pone énfasis en los procesos y la mejora continua. En el 2006 el sistema fue renovado y adaptado a las modernas tendencias en gestión de la calidad; el modelo de estándares de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña se aprobó y contiene 5 versiones, la inicial en el 2006, en 2013, en 2020, en 2022 y en el 2023 el nuevo manual, que unifica el manual de estándares y el manual del evaluador publicados en enero del 2020 a fin de que los centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña y sus evaluadores dispongan de una versión que le sea más fácil de aplicar incluyendo la mejora continua a lo largo del modelo y representándolos en sus subcriterios y estándares; cada una de estas ediciones anteriores busca reflejar el pensamiento más actual en las prácticas y en los conceptos de seguridad del paciente para ayudar a las organizaciones acreditadas o no acreditadas, descubrir sus riesgos de seguridad más urgentes y avanzar en sus objetivos de mejora continua de la calidad.

En la actualidad los centros sanitarios deben pasar un proceso de acreditación que mediante un sistema de verificación externa que evalúa el nivel en que se

Trabajo de Fin de Máster

sitúa el centro en relación con un conjunto de referentes previamente establecidos consensuados con los expertos y adaptados al territorio catalán para garantizar una asistencia eficaz y de calidad con la ciudadanía.

La Generalitat de Catalunya considera la calidad de las prestaciones de servicios sanitarios como un derecho del ciudadano y en su ejercicio como autoridad sanitaria establece y evalúa el nivel de calidad de los centros proveedores mediante la aplicación de un sistema de acreditación de sus instituciones sanitarias.

A nivel global existen prestigiosos modelos de acreditación que evalúan la calidad observada y la calidad real de la atención en organizaciones sanitarias y pese a ser diferentes, todos son de gran importancia para mejorar los servicios y asegurar la confianza de sus clientes.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), entidad americana, una de las mayores y más antiguas instituciones de acreditación, la cual busca promover la mejora de las organizaciones, con gran rigurosidad técnica, tanto en la elaboración de los estándares como en el proceso de evaluación de las organizaciones. Al ser un modelo específicamente sanitario, define de forma precisa en qué consiste la atención óptima al cliente en estos sectores y qué procesos de atención debe implantar la organización para garantizarla.

Otra importante entidad internacional reconocida es la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), la cual, en un marco de gestión, reconocido a nivel mundial, aborda la transformación desde el punto de vista

Trabajo de Fin de Máster

de la gestión, para alcanzar el éxito y mejorar significativamente el rendimiento de las organizaciones. El uso del Modelo permite contemplar la organización en su conjunto, adoptar una perspectiva holística o global y apreciar que es un sistema complejo pero que, a la vez, es un sistema organizado; este sistema ayuda a alcanzar el éxito, midiendo dónde se encuentra en el camino para crear valor sostenible, identificando y comprendiendo los vacíos para encontrar soluciones.

La revisión del sistema de la salud de Cataluña a la luz de las modificaciones a partir de los modelos de calidad actualmente vigentes, como el Modelo EFQM 2020 (European Foundation Quality Management), y JCAHO 7ed. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), nos dará una aproximación, a un conjunto significativo de conocimientos, sólidos y validados en la literatura existente sobre calidad asistencial, estándares y sistemas de evaluación.

Adicionalmente es muy importante para cualquier empresa o negocio conocer lo que sucede en tiempo real. Disponer de esta visión global real facilita la toma de decisiones permitiendo a la empresa adelantarse y actuar de forma ágil detectar mejoras continuas en la calidad y orientar el camino de la acreditación.

Los indicadores de rendimiento permiten conocer si un proceso se está realizando de forma óptima como debe realizarse o si está sufriendo algún tipo de desviación; estos parámetros son útiles para conocer cómo se están realizando los procesos la medición de este tipo de indicadores y debe realizarse con frecuencia para mostrar siempre en el cuadro de mando el valor que represente el estado actual, el pasado y nos permita hacer proyecciones.

Trabajo de Fin de Máster

Esta revisión busca similitudes y/o diferencias del Modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda de Cataluña en comparación con el modelo de Acreditación de Salud de la JCI para Hospitales y el modelo de Excelencia de la EFQM, a partir de una exhaustiva revisión de la bibliografía de las versiones actuales para ofrecer recomendaciones y reflexiones.

Trabajo de Fin de Máster

3 Justificación.

Fortalecer el sistema de la salud en ámbitos de la calidad consiste en lograr que todo el sistema funcione correctamente en todos los distintos componentes y niveles asistenciales que presten servicios a toda la población y que respondan a las necesidades a tiempo y de forma eficiente.

Desde marzo del 2020 con la epidemia del SARS – Cov 2(COVID 19) se hizo global y fuera reconocida como una pandemia, la OMS y numerosos proyectos e implementación de estándares vienen en continuo desarrollo para así afianzar y proteger los sistemas de salud. En esta revisión tratamos de Aproximarnos a una mirada crítica, que pueden resultar interesantes para afianzar y potencializar la estandarización de un sistema cómo el modelo de acreditación catalán y su reforzamiento.

Para afrontar el panorama actual donde es evidente la disminución de la calidad, se debería encontrar un paralelo a los sistemas mencionados en gestión de la calidad tales como la Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña 2023, EFQM 2020 y Joint Commission 2021 en su séptima edición y establecer también estrategias que permitan afrontar las necesidades y expectativas del sector.

Por lo tanto, la clave del trabajo es saber si la versión del modelo de acreditación de Cataluña 2023 tiene relación, similitudes, diferencias o equivalencias con los 13 objetivos y 2 de Docencia de la Joint Commission 2021 y 7 criterios del modelo EFQM 2020.

Trabajo de Fin de Máster

El interés en la calidad de la atención sanitaria en los sistemas de salud en todo el mundo en específico en el Sistema Nacional de Salud español y los departamentos de salud de las comunidades autónomas son interesantes y deben ser preservados. Hoy la importancia de la estandarización y la acreditación de equipos para evaluar y mejorar los procesos asistenciales pueden garantizar la responsabilidad social de las administraciones hacia los ciudadanos.

Además es muy importante alinear y mantener actualizados todos los estándares sanitarios de la acreditación Catalana con los estándares sanitarios de la JCI; dado que el modelo JCI de acreditación es el más utilizado del mundo; utiliza la tecnología y la ciencia, junto con el estudio de las nuevas perspectivas y evidencias en material de calidad para actualizar su manual periódicamente, en general cada 3 a 4 años, de modo que si un estándar no refleja la práctica de atención médica contemporánea, la JCI lo actualizara o eliminara; por lo cual su sello dorado de aprobación es un punto de referencia ampliamente reconocido, representa el proceso de evaluación más completo en la industria del cuidado de la salud y es al día de hoy la organización que tiene más experiencia en acreditación sanitaria de todo el sector, en cuanto a gestión organizacional, atención, calidad y seguridad centrada en el paciente.

Un estudio analiza diferentes sistemas de acreditación en la literatura internacional. Entre ellos se encuentran JCAHO, programas de Canadá, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda y Francia. Se destacan los atributos en común y se compara con los programas identificados. El más destacado resulta ser JCAHO, que cumple con todos los atributos de forma sobresaliente. (Tabrizi et al., 2011).

Trabajo de Fin de Máster

Por lo tanto, en esta revisión realizaremos reflexiones y recomendaciones de los principales estándares de aplicación en los centros sanitarios. Estas sugerencias, recomendaciones y reflexiones tendrán como finalidad principal mejorar los instrumentos metodológicos para garantizar y beneficiar a la ciudadanía una asistencia eficaz y de calidad cumpliendo los ejes principales del modelo de acreditación sanitaria de Cataluña y mantener la política y características diferenciales que se establecieron en el modelo desde sus inicios.

Con el fin de actualizar la herramienta de evaluación, se modernizará a un cuadro de mando integral, simplificando la información y facilitando la toma de decisiones. Esto permitirá una gestión proactiva, reduciendo los riesgos al facilitar la anticipación y mejorando el rendimiento en todos los criterios y unidades organizativas de los centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña.

Trabajo de Fin de Máster

4 Objetivos

4.1 Objetivo Principal.

Esta revisión tiene como objetivo principal analizar el modelo de acreditación de centros atención hospitalaria aguda en Cataluña versión 2023 apoyado en una revisión bibliográfica y análisis de contenido para identificar la relación, novedades y equivalencias con los objetivos de la Joint Commission 2021 y criterios del modelo EFQM 2020.

4.2 Objetivo Secundario.

Actualizar la herramienta de gestión informática de evaluación de la Generalitat que facilita e integra los estándares nuevos, ajustando el sistema de puntuación que contemple la obtención de un grado o nivel de cumplimiento, y que a su vez muestre a través de un Cuadro de Mando o Dashboard los indicadores generales tales como:

- Total, de estándares completados, en curso, en espera, cancelados.
- Costo del estándar.
- Prioridades del estándar: alta, normal, baja.
- Evaluación, cumplimiento, objetivo, tendencia.
- Subestatus, áreas responsables, Grupos de personas implicadas (gestor, desarrollador, analista, ejecución)
- Fechas de inicio, revisión, auditoría interna, auditoría Generalitat.
- Comentarios del evaluador
- Gráficos de columnas que muestren el total de estándares y tipo de estándar.
- Gráficos de anillos que muestren el estado de la acreditación: activos o no activos.
- Gráfico que muestre los estándares de los gestores.

Trabajo de Fin de Máster

- Segmentaciones de nombres de los estándares interconectados para mostrar todos los detalles de cada estándar.

Trabajo de Fin de Máster

5 Marco Teórico.

5.1 Definiciones de Criterios, Subcriterios, Agrupador Conceptual y Estándares.

Todo modelo de calidad debe estructurarse en apartados o criterios que permitan incluir ordenadamente los conceptos clave que incluyan la calidad. A continuación, se definen las diferencias específicas entre Criterio, subcriterio y estándar.

5.1.1 Criterio.

Un criterio es aquella condición que ha de cumplir un proceso o actuación para ser considerada de calidad. Debe ser explícito, claro y objetivo; elaborado, participativamente, y aceptado por los agentes participantes; comprensible; cuantificable fácilmente; flexible, para adaptarse a posibles cambios; y que sean aceptables por el cliente final, el cual juzgará si cumplen o no los criterios de calidad.

5.1.2 Subcriterio.

Pueden definirse como subcriterio aquellos aspectos mencionados en la definición del criterio, normalmente cada subcriterio tiene el mismo peso específico dentro de su propio criterio. Es decir, por cada uno de los subcriterios que componen el modelo, la organización identificara al menos varios puntos fuertes y áreas de mejora. Los puntos fuertes son los aspectos que se hallan mejor desarrollados en la organización, y las áreas de mejora, los aspectos débiles de la gestión de la organización y por lo tanto susceptible de un proceso de mejora.

Trabajo de Fin de Máster

5.1.3 Agrupador Conceptual.

Los agrupadores conceptuales, agrupan y se asignan a los grupos que intervienen, actúan y desarrollan una serie de estándares. Los agrupadores conceptuales en el modelo de acreditación de Cataluña son un rasgo diferencial de este modelo, pues surge de la necesidad de organizar el elevado número de estándares existentes.

5.1.4 Estándar.

El estándar se define básicamente como el grado de cumplimiento, mínimo y máximo aceptables, que se debe exigir a un determinado criterio o subcriterio para alcanzar el nivel de calidad deseado para un proceso. Por tanto, si el subcriterio está en el rango previsto por el estándar, significa que el proceso funciona adecuadamente y que se está cumpliendo con el objetivo asignado. Estar por debajo del rango implica el incumplimiento de este, por lo que se deberán activar todas aquellas acciones de mejora posibles, para devolver el proceso a la calidad requerida. Los estándares pueden clasificarse por: estructura, proceso y resultado. De esta manera proporcionan a las instituciones sanitarias los procedimientos, la indicación y el vocabulario que se necesitan para cumplir con las expectativas del sector en el cual se aplica el estándar; a su vez estos estándares deben ser exactos y precisos con sus descripciones y terminología, porque, ofrecen un contenido con un objetivo para que las instituciones y sus equipos puedan comunicarse correctamente y pueda haber una simbiosis y relación con ellos.

5.1.5 Características de los Modelos de Acreditación.

Toda estructura, sistema o modelo de calidad debe estructurarse en apartados, categorías o criterios que permitan incluir, ordenadamente, los conceptos complejos que incluye la “calidad”, con los estándares elaborados.

Trabajo de Fin de Máster

5.1.6 Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña.

La obtención del modelo de acreditación de centros hospitalarios, que se inspira en la filosofía y estructura del Modelo EFQM de pasadas generaciones, a partir de la experiencia previa y en la revisión de los modelos de acreditación y certificación clásicos: Joint Commission Accreditation Health Care Organization, modelo canadiense de acreditación, certificación ISO, modelo francés de acreditación y modelo de la Kings Foundation de Reino Unido.

El modelo de estándares de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña se aprobó con el Decreto 5/2006, de 17 de enero, con cinco versiones, la inicial en el 2006, en 2013, en 2020, en 2022 y en el 2023 el nuevo manual, que unifica el manual de estándares y el manual del evaluador publicados en enero del 2020 e incluye planes de mejora continua a lo largo del modelo, con su representación en los subcriterios, agrupadores conceptuales y estándares.

Como ejes clave del modelo de acreditación en Catalunya cabe citar la clara orientación, tanto en la satisfacción de ciudadanos como de las personas de las organizaciones sanitarias, la evaluación centrada en el proceso y orientada a resultados, sin olvidar su adaptación a la realidad, así como la posibilidad de aplicación a las distintas líneas de servicios de salud y la sostenibilidad dentro del sistema de financiamiento sanitario.

La actualización del modelo recoge los principales estándares de aplicación en los centros sanitarios. La finalidad principal es garantizar a la ciudadanía una asistencia eficaz y de calidad, cumplir los ejes principales del modelo de

Trabajo de Fin de Máster

acreditación sanitaria de Cataluña y mantener la política y las características diferenciales que se establecieron en el modelo desde sus inicios. Estas eran las siguientes:

- Orientación a la satisfacción de la ciudadanía.
- Orientación a la satisfacción de los profesionales.
- Evaluación centrada en el proceso y orientada a resultados.
- Constitución de una herramienta básica para la promoción de la mejora continua de las organizaciones sanitarias que obtienen la acreditación.
- Promoción del impacto positivo en la sociedad.
- Adecuación a las especificidades del sistema sanitario catalán, que es realista respecto al entorno actual en Cataluña.
- Inclusión, entre otros, y de manera especial, de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de otros organismos de prestigio reconocido respecto de la seguridad de los pacientes, con el fin de adaptarlas a las tendencias más actuales de calidad y seguridad de la atención sanitaria.
- Seguimiento de la filosofía del modelo europeo de excelencia del EFQM.
- Sostenibilidad económica para el sistema de financiación sanitaria.
- Establecimiento de diferentes niveles de consecución, en el sentido de considerar estándares esenciales (E), necesarios para acreditarse, y estándares no esenciales (Q), voluntarios, de manera que los estándares considerados Q (no esenciales) puedan pasar a E (esenciales) de manera progresiva.

5.1.7 Modelo EFQM 2020.

Creado en 1988 por la European Foundation for Quality Management (EFQM), una organización sin ánimo de lucro compuesta por 14 empresas europeas, conocido coloquialmente como EFQM, es un modelo de excelencia en la

Trabajo de Fin de Máster

calidad total que puede ser utilizado por todo tipo de organizaciones, tanto sanitarias como no sanitarias. su objetivo principal es desarrollar un modelo de excelencia europeo. Este modelo se centra en la obtención de resultados y en la satisfacción del cliente, y se gestiona mediante procesos en los que participan todos los miembros de la organización, teniendo en cuenta aspectos éticos y sociales. En 1999, el modelo se actualizó y se rebautizó como Modelo de Excelencia 2000.

El Modelo EFQM de Excelencia ha sido un referente en la gestión durante más de 25 años, mejorando el desempeño de las organizaciones europeas y españolas. Ha sido un marco de referencia para la mejora y ha proporcionado ayuda metodológica en todos los aspectos clave de la gestión. Sin embargo, en el nuevo siglo y en el entorno actual, en constante cambio y complejidad, el modelo debe adaptarse y transformarse para seguir siendo relevante y efectivo. Las organizaciones deben buscar un marco de referencia que les permita ser sostenibles y sobrevivir en su ecosistema. El modelo EFQM sigue siendo un enfoque integral y efectivo para lograr la excelencia en la gestión de las organizaciones.

Durante años, el modelo EFQM ha sido como el manual del buen hacer para las organizaciones en busca de la excelencia. Cualquier tipo de organización, ya sea pública o privada, relacionada con la salud o el bienestar social, ha encontrado en esta metodología un recurso efectivo y relevante. Pero en este mundo caótico y en constante evolución en el que vivimos, donde todo es volátil, incierto, complejo y ambiguo, los denominados entornos VICA, necesitamos ir más allá de la excelencia, necesitamos transformarnos de manera sistemática para garantizar nuestra supervivencia.

Trabajo de Fin de Máster

Las organizaciones se enfrentan a nuevos retos, como la escasez de recursos, la complejidad creciente del entorno, las demandas de los usuarios y las administraciones, la competencia feroz de nuevas empresas, el avance de la tecnología y la revolución digital. Ante esta situación, EFQM ha evolucionado su modelo para adaptarse a la realidad y ofrecer una herramienta ágil y útil para gestionar el cambio y la transformación. El modelo EFQM es un enfoque integral que requiere el compromiso y liderazgo de la dirección, así como la participación de todos los miembros de la organización. A través de la autoevaluación, permite analizar de manera objetiva y estructurada los resultados y la actividad de la organización.

El modelo EFQM 2013 está constituido por 9 criterios definidos desde 2013 hasta 2019. Estos, constituyen otra estructura genérica óptima para agrupar indicadores o estándares, que pueden definir y categorizar los conceptos de la gestión de la calidad para una organización.

Los criterios establecidos eran:

Agentes:

- Liderazgo.
- Personas.
- Estrategia.
- Alianzas y Recursos.
- Procesos, Productos y Servicios.
- Resultados:
- Resultados en las Personas.
- Resultados en los Clientes.
- Resultados en la Sociedad.
- Resultados clave.

Trabajo de Fin de Máster

El modelo EFQM 2020 no es simplemente una versión revisada de su antecesor del 2013, sino que ha sido rediseñado completamente desde cero, tomando en cuenta los siguientes conceptos clave. En primer lugar, busca mantener una coherencia con el propósito de la organización, es decir, entender por qué y para qué existe la organización, y utilizar esta base para gestionarla de manera consistente y consecuente.

Todos los aspectos de la organización, desde los enfoques y procesos hasta los proyectos y relaciones externas, deben reflejar el propósito y demostrar cómo contribuyen al mismo. La sencillez también es un aspecto fundamental del modelo actual. Se ha simplificado el lenguaje y se ha hecho más evidente su lógica para que sea más comprensible para todos. Además, se explica la gestión a través de tres pilares básicos: ¿qué hace la organización? (Dirección), ¿cómo lo hace? (Ejecución) y ¿qué resultados obtiene? (Resultados).

El modelo actualizado en 2020 fusiona propósito y estrategia en una estructura con sus 3 pilares, que engloban 7 criterios:

Dirección:

- Propósito, visión y estrategia.
- Cultura de la organización y liderazgo

Ejecución:

- Implicar a los grupos de interés.
- Crear valor sostenible.
- Gestionar el funcionamiento y la transformación.

Resultados:

- Percepción de los grupos de interés
- Rendimiento estratégico y operativo

Trabajo de Fin de Máster

El modelo EFQM 2020 nos brinda una oportunidad valiosa para comprender mejor nuestro ecosistema, nuestra organización y nuestras personas. A través de este modelo, podemos diseñar un sistema coherente basado en la lógica REDER (Resultados - Enfoques - Despliegues – Evaluación - Revisión y Perfeccionamiento) para maximizar la motivación y la experiencia positiva de todos los grupos de interés, podemos transformar nuestra organización de manera rápida, responsable y sostenible, asegurando el éxito y el cumplimiento de nuestro propósito común.

En conclusión, el modelo EFQM es una herramienta relevante que va más allá de la evaluación y se convierte en un motor de transformación para las organizaciones. Promueve un liderazgo organizativo, una cultura de excelencia, innovación y transformación. Además, proporciona una base sólida para la implementación de herramientas predictivas, como el análisis de Big Data, inteligencia artificial, Deep Machine Learning y algoritmos genéticos, que permiten anticiparse a los cambios y asegurar la continuidad en la consecución del propósito de la organización.

5.1.8 Joint Commission International para Hospitales.

La certificación de la JCI cumple altos niveles de calidad en el ámbito sanitario, convirtiéndola en la más utilizada y completa. Los estándares están basados en el consenso científico y técnico, públicamente difundidos y conocidos por las destacadas organizaciones sanitarias triple A. Los estándares de la JCI se agrupan en tres secciones principales que se centran en las funciones clave:

- Estándares centrados en el paciente.
- Estándares de gestión de la organización de atención sanitaria.
- Estándares de hospitales docentes. (únicamente para hospitales docentes).

Trabajo de Fin de Máster

Su 7º edición entro en vigor el 1 de enero de 2021, con un total de 329 estándares (expectativas de desempeño, estructuras o funciones necesarias para la acreditación de un hospital por la JCI), cada estándar tiene su intención, que ayuda a entender su significado completo, y sus elementos medibles, que indican lo que se evalúa y puntúa durante el proceso de evaluación in situ. En total, aproximadamente son 1250 estándares, que pueden incluir los requisitos de participación en la acreditación (APR). Estos estándares se aplican desde la alta dirección hasta el resto de los equipos asistenciales. Cada sección se divide en grupos de estándares clínicos. Por ejemplo, en la sección de estándares centrados en el paciente, que son aquellos relacionados con la provisión de atención al paciente, tenemos:

- Metas internacionales de seguridad del paciente (IPSG)
- Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)
- Atención centrada en el paciente (PCC)
- Evaluación de pacientes (AOP)
- Atención de pacientes (COP)
- Anestesia y atención quirúrgica (ASC)
- Gestión y uso de medicamentos (MMU)

En la sección de estándares de gestión de la organización de atención sanitaria, buscamos la seguridad y eficacia para una gestión excelente, para alcanzar esto tenemos:

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)
- Prevención y control de Infecciones (PCI)
- Gobernanza, liderazgo y dirección (GLD)
- Gestión y seguridad de las instalaciones (FMS)
- Cualificaciones y educación del personal (SQE)
- Gestión de la información (MOI)

Y, en la sección de estándares de hospitales docentes, se resaltan los

Trabajo de Fin de Máster

programas de educación médica e investigación con sujetos humanos. Solo aplica para los hospitales docentes seleccionados y que cumplan con las dos secciones anteriores, podemos destacar:

- Educación profesional médica (MPE)
- Programas de Investigación con Sujetos Humanos (HRP)

La agrupación de la JCI anteriormente era diferente al resto de modelos, solo estaba enfocada a estándares médicos, pero ahora incorpora características bastante adaptables a los diferentes sistemas de acreditación además de que va más dirigida a los aspectos más asistenciales de la práctica clínica; por ejemplo: en su última edición incluye nuevo capítulo con estándares muy completos dirigidos a la gobernanza, liderazgo y dirección (GLD). En cuanto a las características de la acreditación de la JCI, podemos destacar:

- El proceso de acreditación se ajusta a las características legales, religiosas y culturales de cada país.
- Además de los estándares de acreditación, que alcanzan al conjunto de la organización, incluye la evaluación de objetivos relacionados con la seguridad del paciente, que se actualizan periódicamente.
- Se puede compaginar e integrar con otros sistemas internos o externos de gestión de calidad (Acreditaciones autonómicas, ISO, EFQM).

En resumen, existe una estrecha conexión entre los modelos de acreditación de calidad, como el catalán, el EFQM y la JCI. Esta interrelación es clave para garantizar criterios sólidos y audaces en la evaluación.

Trabajo de Fin de Máster

6 Metodología y Diseño del proyecto.

A través de la construcción de tablas en el programa de Excel diseñados a tal efecto y realizadas en el marco de un proceso estructurado en el que se asegura un total contraste de los datos recopilados de los 3 modelos y sus estándares, garantizándose la triangulación de datos por medio de un análisis de criterios, subcriterios y estándares para conocer los principales aspectos de los modelos de acreditación.

Inicialmente, se recopiló información a través de una revisión bibliográfica, seleccionando fuentes con una antigüedad máxima de 5 años, a excepción de documentos fundamentales para el análisis completo del tema en estudio. Se utilizaron términos clave en buscadores y se analizaron críticamente diversos autores que abordan modelos de acreditación a nivel mundial, estudios comparativos y análisis de modelos, así como la importancia, del modelo catalán para evidenciar realidades de sistemas de acreditación e información y a su vez contar con elementos sólidos para la propuesta del estudio ejemplificante.

El período de cruce de la información se centra en el intervalo de los meses de Junio – Agosto de 2023, período en el que se lleva a cabo la construcción de tablas en el programa Excel en el que se llevan a cabo, sobre 3 manuales de calidad; 1 documento local de estándares y evaluación (Modelo de Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña, 5ª edición) con 1312 estándares; y 2 documentos Internacionales (Modelo EFQM 2020, 2ª edición y Estándares de la Joint Commission International, 7º edición) que son utilizados con diferentes objetivos que abordan los problemas reales a los que se enfrentan las organizaciones en la actualidad; EFQM, con más

Trabajo de Fin de Máster

de 1000 estándares posibles y la organización con más experiencia en acreditación sanitaria de todo el mundo (JCI) con aproximadamente 329 estándares asociados al ámbito sanitario y sus elementos medibles que indican lo que se revisa y se puntúa durante el proceso de evaluación in situ, con un total aproximado de 1250 incluyendo los de liderazgo, no obstante debo mencionar que en la JCI hay también estándares de evaluación que corresponden a los requisitos de participación en la acreditación (APR), pero que en esta aproximación no se incluyen porque no son propios de la calidad asistencial. En la Tabla 3 podremos observar el No. de Estándares por Modelo de acreditación.

La metodología empleada en el presente Trabajo final de máster ha sido de un tipo: cualitativa, análisis textual de los 3 manuales de acreditación con el objetivo de simplificar el proceso, facilitar la estructuración de los datos, manejar y gestionar grandes cantidades de información.

Una vez que se ha completado el análisis cualitativo, basado en revisión de estándares, criterios y evolución de ellos, se confirma las dimensiones teóricas que configuran el Modelo EFQM y Modelo JCI aplicado a la Acreditación Catalana, en el cual se puede empezar a evidenciar el contraste que se plantea en el primer objetivo.

Para ello, el proceso se ha llevado a cabo, en primer lugar, un análisis para verificar hasta qué punto los estándares específicos del modelo EFQM y JCI asociadas a cada criterio y subcriterio del Modelo Catalán y que conforman cada uno de los puntos importantes en que se representan adecuadamente.

Trabajo de Fin de Máster

En segundo lugar, como contraste de las relaciones entre los distintos subcriterios y estándares del Modelo EFQM y JCI identificando aquellos subcriterios específicos más relevantes dentro de cada criterio o subcriterio, además de posibilitar el planteamiento de un Modelo Catalán simplificado que permita llevar a cabo evaluaciones más precisas, así como orientar de forma más adecuada a sus centros de atención hospitalaria aguda hacia la mejora y la transformación.

Y, en tercer lugar y para completar el segundo objetivo, la versión informatizada de Excel con los estándares, a modo de instrumento de evaluación, contiene un sistema de puntuación que incluye el ciclo de mejora continua recoge, un único resultado final, el cumplimiento final y global de los estándares; para realizar su mejora, se elaboró en la versión paga del programa informático Excel 365 (Microsoft Office), utilizando una base de datos de todos los estándares y enriqueciéndola adicionando campos de estatus, prioridad, subestatus, áreas responsables, gestores de los estándares (personas implicadas), costos, ahorros, horas de dedicación, fechas seleccionadas (fecha de inicio hasta la fecha de auditoria con la Generalitat y comentarios del evaluador.

Por medio de la utilización de filtros avanzados, tablas de datos, tablas dinámicas, formulas matriciales avanzadas de lógica del programa, diseño, organización y dominio del análisis, de los datos y de la confección de un Cuadro de Mando integral (Dashboard), se desarrollara una herramienta se software en Microsoft Excel muy potente, fácil de usar por las organizaciones públicas sanitarias y que brindara generación de reportes efectivos de evaluación en donde se tendrá disponibilidad en la información de la eficiencia y eficacia de la acreditación Catalana que puede ser aplicada en cada uno de

Trabajo de Fin de Máster

los centros sanitarios de Cataluña. Sin embargo, esta mejora es meramente informativa y académica, no tiene ninguna relación con el Departamento de Salut de Cataluña o con ningún Centro, Hospital, u organización sanitaria que este adscrita al sistema de acreditación catalán. Su uso no tiene ninguna Validez para alcanzar los estándares que Acreditan ante el CatSalut a centros sanitarios que presten asistencia en el ámbito de la atención hospitalaria aguda en Cataluña.

Trabajo de Fin de Máster

7 Resultados.

En la Tabla 1 se detalla cómo han evolucionado los conceptos fundamentales de cada modelo en la actualidad, de cara a observar el desarrollo de dichos principios en base a los cambios y tendencias que se han producido en las últimas versiones.

7.1 Resultados para el Objetivo 1.

7.1.1 Principales diferencias conceptuales entre los 3 modelos de acreditación.

La acreditación (ACAT, EFQM y JCI), se evalúa la calidad utilizando criterios, subcriterios y estándares todos ellos adaptados al sector sanitario. En la Tabla 2 se muestran las principales diferencias conceptuales entre los 3 modelos de acreditación.

La clave para el éxito de las organizaciones sanitarias en Cataluña radica en la implementación de los modelos EFQM y JCI, o incluso en adaptarlos y actualizarlos al Modelo de acreditación catalán. Estas normas promueven la calidad de manera contundente, abordando de forma efectiva los retos actuales.

Las semejanzas y las diferencias entre los tres grandes modelos de gestión de la calidad anteriores se describen a continuación:

Semejanzas:

Trabajo de Fin de Máster

- Se orientan en el paciente, tanto el modelo catalán como JCI, el EFQM no.
- Promueven la mejora continua.
- Pretenden mejorar los resultados de las organizaciones.
- Precisan del compromiso de la alta dirección.
- Se pueden autoevaluar (análisis interno que realiza la propia empresa para conocer su situación actual e implementar planes de mejora).
- Las evaluaciones externas tienen como resultado obtener reconocimientos, premios y distinciones.

Diferencias:

- El modelo EFQM es aplicable a empresas de cualquier sector de servicios o de producción, el modelo de acreditación catalán y la JCI están orientados exclusivamente a evaluar organizaciones sanitarias.
- EFQM y JCI se centran mayoritariamente en el conjunto de la organización. EFQM tiene una visión más amplia, centrada en tres pilares: dirección, ejecución y resultados, mide el progreso y la mejora del conjunto de toda una organización, y sus principios no cambian, independientemente del tamaño de la organización, pública o privada; sin embargo la importancia de estos principios siguen inalterables aunque el paso del tiempo hayan variado el contenido y la presentación del modelo, aun continua poniendo en la cumbre la importancia de los clientes (pacientes), grupos de interés con una perspectiva a largo plazo y sus relaciones causa efecto entre: ¿“Por qué” existe la organización? ¿“Qué” propósito cumple? ¿“Por qué” esta estrategia concreta? (Dirección), ¿“Cómo” tiene la intención de cumplir con su propósito y estrategia? (Ejecución) y ¿“Qué” ha logrado hasta ahora?

Trabajo de Fin de Máster

¿“Qué” quiere lograr en el futuro? (Resultados). La JCI se centra en estándares, intenciones y elementos medibles buscado reflejar el pensamiento más actual en las prácticas y los conceptos de seguridad del paciente para ayudar a las organizaciones acreditadas y no acreditadas a descubrir sus riesgos de seguridad más urgentes y avanzar en sus objetivos de mejora continua de la calidad.

- La medida de las evaluaciones externas es igual en los 3 modelos: Modelo de acreditación catalán, EFQM y JCI se realizan cada 3 años.
- Posibilidad de efectuar autoevaluaciones, El modelo catalán de autoevaluación en Excel es limitado y solo se enfoca en la evaluación individual sin considerar la organización en su conjunto. Por otro lado, EFQM ofrece herramientas como cuestionarios, matrices de evaluación por criterios y subcriterios, y la herramienta REDER que fomenta la mejora continua a lo largo del tiempo. En contraste, JCI cuenta con su equipo de evaluadores, pero en la información encontrada no es claro acerca de cuáles son herramienta informatizada para este fin.
- La dificultad organizativa de implementar uno u otro modelo es más alta en el modelo de acreditación catalán y EFQM, moderada en la JCI.
- La sistematización es más comprensible en la JCI, y menos en el modelo catalán y EFQM.
- Todos los modelos pueden convivir en una misma organización. La JCI se puede compaginar e integrar con otros sistemas internos o externos de gestión de calidad (Acreditaciones autonómicas, ISO, EFQM, Modelo catalán)

En resumen, el Modelo de Acreditación catalán es un modelo adecuado, establecido para evaluar organizaciones y su conjunto, y se adapta muy bien al antiguo modelo EFQM 2013 enfocado a más a agentes y resultados; se adapta bien a la JCI; el modelo EFQM 2020 es más completo, porque está

Trabajo de Fin de Máster

más enfocado a la dirección, ejecución y resultados, y no es complejo que organizaciones sanitarias se actualicen a él; no es obligatorio, y da la posibilidad de una autoevaluación interna, ofreciendo oportunidades de mejora, con la implicación de todos los profesionales hacia la calidad.

El modelo JCI fue creado específicamente para instituciones sanitarias, y está basado en funciones clave de todas las áreas clave de las organizaciones sanitarias. En cada área se identifican los procesos clave y se establecen estándares de buena práctica, que constituirán la base de la acreditación.

Además, en cada última edición, destaca la revisión de la literatura científica actual para la práctica clínica y procesos actuales basados en la evidencia, y contiene fuentes autorizadas para estudiar las directrices de la industria a fin de respaldar los estándares nuevos y revisados con una orientación más clínica a nivel hospitalario, actualmente han incluido estándares de gestión global en toda la organización.

En general, la Generalitat de Cataluña ha elaborado estándares y los han incorporado a una plantilla de evaluación para sus procesos asistenciales, resultando un modelo de acreditación adaptado al nivel de exigencia de los estándares a su propia cultura y el reconocimiento pionero entre las comunidades autónomas del medio sanitario; implementando metodología de evaluación propia semejante al modelo EFQM 2013 en estructura y en contenido a JCI (no se sabe con certeza si son basados en las últimas ediciones ya que no posee bibliografía específica en su manual).

Trabajo de Fin de Máster

7.1.2 Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña 2023 en relación con las novedades y equivalencias al Modelo EFQM 2020.

En la Tabla 4 se muestran los cruces de criterios y subcriterios; a continuación, se presentan los aspectos más importantes del análisis comparativo del contenido de los modelos analizados:

ACREDITACION CATALANA 2023	EFQM 2020	ANALISIS O CONTRASTE
No Existe Comparación	2.3 Estimular la creatividad y la innovación	Las actuaciones de la organización sobre la creatividad e innovación afectan no solo a los productos, servicios y soluciones, sino también a los procesos internos, la organización y la gestión. Se considera en qué medida la creatividad y la innovación son una prioridad para la organización y su traslación a objetivos y compromisos, la implantación de sus aplicaciones, las palancas para involucrar a la organización en la cultura y el conocimiento, los intercambios y las experiencias externas, así como el desarrollo de redes y alianzas que estimulen la creatividad e innovación y planteen nuevas formas de actuar y pensar.

Como subcriterios clave se podrían establecer:

- Entiende la importancia y los beneficios de focalizarse en la creatividad, la innovación y el pensamiento disruptivo para alcanzar su propósito, visión y estrategia.
- Establece metas y objetivos ambiciosos que estimulan la creatividad, la innovación y el pensamiento disruptivo.
- Promueve una cultura en la que se fomenta la creatividad, la innovación y el pensamiento disruptivo y, cuando se produce un fallo, su causa se identifica rápidamente y se comparte para evitar que el mismo error se repita.

Trabajo de Fin de Máster

- Desarrolla la cultura y el conocimiento práctico que facilitan la puesta en marcha de los diferentes tipos de mejora, utilizando para ello las herramientas y técnicas necesarias.
- Participa en redes de aprendizaje y colaboración para identificar oportunidades de creatividad, innovación y pensamiento disruptivo.

ACREDITACION CATALANA 2023	EFQM 2020	ANALISIS O CONTRASTE
No Existe Comparación	3.3 Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo	Obtener y mantener la confianza de los inversores, accionistas y reguladores es una necesidad cada vez más importante, sobre todo en áreas de actividad donde las inversiones en tecnología, I+D y el cumplimiento normativo que suponen un desafío constante. A ello se une la creciente demanda de una mayor transparencia financiera y social. Por tanto, es importante identificar con precisión las expectativas de los grupos de interés económico, inversor y regulador, definir las áreas de responsabilidad y compromiso y el alineamiento con el resto del sistema, así como ejercer una información y reporte transparente. El término de inversores y reguladores recaería en aquellos individuos o grupos ante los cuales la organización es responsable en relación con sus requisitos fiscales, legales, éticos y de administración y gobierno general

Como subcriterios clave se podrían establecer:

- Identifica a los inversores y reguladores clave que poseen un interés financiero, legal y administrativo en la organización, y comprende sus necesidades y expectativas.
- Implica a sus inversores y reguladores clave en sus objetivos de mejora y transformación y en la definición de su estrategia global.
- Se asegura de que las relaciones con sus inversores y reguladores clave sean mutuamente beneficiosas.
- Es transparente y rinde cuentas a este grupo de interés clave,

Trabajo de Fin de Máster

estableciendo y manteniendo un alto nivel de confianza en todo momento.

ACREDITACION CATALANA 2023	EFQM 2020	ANALISIS O CONTRASTE
No Existe Comparación	3.4 Sociedad: Contribuir a su desarrollo, bienestar y prosperidad	La creciente importancia de la conciencia social de la organización, así como las potenciales oportunidades de diferenciación y de propuesta de valor constituyen un elemento clave de su proyección con la sociedad. Se considera cómo la organización analiza e identifica su esfera de influencia, cómo define e implanta los objetivos y los compromisos, así como la coherencia con otros enfoques, cómo realiza el diálogo y comunicación interna y externa, y cómo evalúa su rendimiento. El concepto de sociedad recaería en aquellos individuos o grupos externos a la organización que representan a la comunidad inmediata o la sociedad en general, incluidos, por ejemplo, aquellos grupos de interés especial centrados en temas como el medio ambiente.

Como subcriterios clave se podrían establecer:

- Usa su propósito, visión y estrategia para comprender y enfocar de manera clara cómo contribuir a su comunidad.
- Establece, desarrolla y mantiene una relación con los grupos de interés clave de su comunidad encaminada al beneficio mutuo de la organización y su comunidad.
- Utiliza canales de comunicación que facilitan a su comunidad interactuar con la organización y proporcionar feedback sobre sus experiencias, así como que ayudan a que la organización reaccione de forma ágil y adecuada.
- Es transparente y rinde cuentas a este grupo de interés clave, estableciendo y manteniendo un alto nivel de confianza.

Trabajo de Fin de Máster

7.1.3 Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña 2023 frente al Modelo JCI 2021.

En la Tabla 5 se muestran los cruces de criterios y subcriterios; a continuación, se presentan algunos (no todos) aspectos importantes del análisis comparativo del contenido de los modelos analizados y que no se encuentran relacionado en el modelo catalán.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
Nuevo Comparación	Existe	IPSG 6.1 El hospital desarrolla e implementa un proceso para reducir el riesgo de daño por caídas a los pacientes ambulatorios.	Muchas lesiones de pacientes ingresados y en tratamiento ambulatorio en el hospital son ocasionadas por caídas. El riesgo de caídas está relacionado con el paciente, la situación o la ubicación. Los riesgos del paciente pueden incluir su historial de caídas, el uso de medicamentos, el consumo de alcohol, problemas de movilidad o equilibrio, deficiencia visual, estado mental alterado u otros. En el contexto de la población atendida, de los servicios proporcionados y de sus instalaciones, el hospital debe evaluar las caídas de los pacientes y tomar medidas para reducir ese riesgo y reducir el riesgo de lesiones en caso de que se produzca una caída.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
No Comparación	Existe	ACC 2.2 Al ingreso como paciente internado, el paciente y la familia reciben educación y orientación sobre la unidad de hospitalización, información acerca de la atención propuesta, cualquier posible costo por la atención y los resultados esperados.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación de catalana 593-627-629-669, pero el elemento medible 4 de la JCI que habla de: "El paciente y la familia reciben información sobre cualquier costo esperado relativo a la atención propuesta", no se encuentra textualmente relacionado.

Resulta importante facilitar orientación sobre el entorno y sobre el equipo

Trabajo de Fin de Máster

relacionados con la atención y con los servicios que se proporcionarán al paciente durante su ingreso, es un componente esencial de dicha seguridad.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
No están definidos los criterios.	ACC 2.3	El hospital desarrolla un proceso para la admisión en un departamento o unidad que proporciona servicios especializados o intensivos y el alta de ese departamento o unidad.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación de catalana 975-652, con este criterio la JCI justifica que el paciente necesita estar en ese medio y para que esto suceda, cuáles son los criterios que tiene el paciente para estar en la UCI, fisiológicos (Ej: si el paciente tiene fallo respiratorio, necesita ventilación mecánica; si tiene fallo cardíaco, necesita soporte inotrópico), pero en el momento que el paciente no tiene esos criterios; la noche no la van a pagar porque no cumple esos criterios. En la acreditación catalana no especifica cuales son los criterios de alta: ni de UCI, ni unidad de quemados, psiquiatría, paliativos, trasplante (unidades de alto coste)

El elemento medible 5: Los registros médicos de los pacientes que son transferidos o dados de alta de departamentos/unidades que brindan cuidados intensivos o servicios especializados contienen evidencia de que ya no cumplen los criterios para esos servicios; no están definidos los criterios de egreso en la acreditación catalana.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
No hay definición de continuidad y coordinación	ACC 3	El hospital diseña y lleva a cabo procesos que permiten la continuidad de los servicios de atención al paciente en el hospital y la coordinación entre los profesionales del cuidado de la salud.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación de catalana 746-1014-939-596-622-641-654-684, pero el elemento medible 6 acerca de la continuidad de la atención, no se relaciona

Trabajo de Fin de Máster

El elemento medible 6: La continuidad y coordinación de los procesos de atención se apoyan en el uso de herramientas, como planes de atención, directrices y otras herramientas de este tipo. No hay ninguno en donde se mencione la continuidad y coordinación de la atención.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
Seguimiento	ACC 4	El hospital desarrolla e implementa un proceso de planificación y derivación del alta que se basa en la preparación del paciente para el alta.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación catalana 611-656-748-755, pero en estos estándares no incluye el estado del paciente al momento del alta y las instrucciones de atención de seguimiento.

La planificación del alta es un proceso que se utiliza para ayudar a determinar qué tipos de atención y servicios continuos puede necesitar un paciente después de salir del hospital para garantizar una transición segura y exitosa de un nivel de atención a otro nivel de atención.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
Nuevo subcriterio	ACC 4.4.1	El hospital tiene un proceso para la gestión de los pacientes que abandonan el hospital contra el criterio médico y sin informar al personal del centro.	No se asocia a ningún criterio, subcriterio o estándar en la acreditación catalana. Cuando un paciente decide dejar el hospital después de haberse realizado un examen y haberse recomendado un plan de tratamiento, ya sea un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, se le identifica como "salida contra el criterio médico". Los pacientes hospitalizados y los pacientes ambulatorios (incluidos los pacientes del servicio de urgencias) tienen el derecho de rechazar el tratamiento médico o dejar el hospital contra el criterio médico. Estos pacientes pueden estar en riesgo de tener un tratamiento no adecuado, lo que puede dar lugar a un daño permanente o la muerte.

Trabajo de Fin de Máster

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
Estándares repetidos	ACC 5	El hospital desarrolla un proceso para transferir pacientes a otras organizaciones de atención médica en función del estado, la necesidad de cubrir sus necesidades de atención continua y la capacidad de la organización receptora de satisfacer las necesidades de los pacientes.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación de catalana 596-692; sin embargo, cuando se realizaba el cruce de estándares se encontró que los números de estándares: 692-763-779-795, 710-771-787, 698-765-781-797, 775-791-807 son repetidos, contienen el mismo enunciado.

Estándares repetidos en la acreditación catalana.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
Transporte	ACC 6	Los servicios de transporte del hospital cumplen la legislación y normativa que es aplicable y con los requisitos establecidos para un transporte seguro y de calidad.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación catalana 307, este estándar habla en general que existe un procedimiento de cada prestador externo y la adecuación del contrato e incluye los traslados, pero no especifican cuales son las características de los servicios de transporte del hospital y que estos vehículos cumplan con la legislación actual; además, no hay un estándar ampliado sobre las necesidades de transporte de los pacientes.

Si el hospital contrata servicios de transporte, debe asegurarse que el contratista cumpla con estándares similares para la seguridad del paciente y del vehículo.

Trabajo de Fin de Máster

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
No hay comparación	PCC 1.3	El hospital establece un proceso para garantizar la privacidad del paciente y la confidencialidad de la atención y la información y permite a los pacientes el derecho a tener acceso a su información médica dentro del contexto de la ley y la cultura existentes.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación de catalana 1007-500-957-938-508, pero en ninguno se expresa si se respeta la necesidad expresada por el paciente de privacidad en todas las entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos/tratamientos y transporte.

La privacidad del paciente es importante, particularmente durante las entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos/tratamientos, y transporte. Los pacientes pueden desear privacidad frente al personal, otros pacientes e incluso frente a los miembros de su familia.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
No Existe Comparación	PCC 2	El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la efectividad de la comunicación verbal o telefónica entre los profesionales de la atención médica.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación de catalana 965-98-1026, debería complementarse según con la JCI en su elemento medible 4 que el hospital facilita la solicitud de un paciente de buscar una segunda opinión sin temor a comprometer su atención dentro o fuera del hospital.

Cuando un paciente pide una segunda opinión, se espera que el hospital no prohíba, evite o dificulte esta búsqueda del paciente. Todo lo contrario, se espera que el hospital facilite la segunda opinión brindándole al paciente información acerca de su situación.

Trabajo de Fin de Máster

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
No Existe Comparación	PCC 2.1	El hospital informa a los pacientes y a las familias acerca de sus derechos y responsabilidades de rechazar o suspender el tratamiento, retirar servicios de resucitación y abstenerse de o retirar tratamientos de soporte vital.	Se recomienda alinear los estándares 973-956-637-644 asociados a este estándar de la JCI ajustando el elemento medible 6 en el cual el hospital orienta a los profesionales del cuidado de la salud sobre las consideraciones éticas y legales a la hora de llevar a cabo los deseos del paciente en lo relativo a las alternativas de tratamiento y su documentación en la historia clínica.

Garantizar que la posición del hospital esté de acuerdo con las costumbres religiosas y culturales de su comunidad y con cualquier requerimiento legal o normativo, especialmente cuando los requisitos legales sobre la resucitación no están en sintonía con los deseos del paciente; aborda situaciones en las que estas decisiones se modifican durante la atención y orienta a los profesionales del cuidado de la salud en cuestiones éticas y legales a la hora de llevar a cabo los deseos de los pacientes.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
No Existe Comparación	PCC 2.2	El hospital protege el derecho del paciente a la evaluación y el manejo del dolor y a la atención respetuosa y compasiva al final de la vida.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación de catalana 623-624-972, y debería complementarse con el elemento medible 3 y 4 en donde el personal del hospital comprende las influencias personales, culturales y sociales en las experiencias del paciente con el dolor y la muerte.

Los procesos de atención del hospital reconocen y reflejan el derecho de todos los pacientes a la evaluación del manejo del dolor y el manejo de las necesidades únicas del paciente al final de su vida.

Trabajo de Fin de Máster

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
No Existe Comparación	PCC 3	El hospital mide, analiza y, cuando es necesario, mejora la experiencia del paciente para mejorar la calidad de la atención al paciente.	En la acreditación catalana se desarrolla, se implementa y se analiza la experiencia del paciente, pero se debe alinear de acuerdo con el elemento medible 5 en donde se las mejoras en la experiencia del paciente se analizan y revisan para optimizar su impacto en la calidad de la atención al paciente.

Como componente integral de la calidad de la atención médica, la experiencia del paciente incluye varios aspectos de la prestación de atención médica que los pacientes valoran mucho cuando buscan y reciben atención, como citas oportunas, fácil acceso a la información y buena comunicación con los proveedores de atención médica.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
No Existe Comparación	PCC 3.1	A todos los pacientes se les informa sobre su proceso para recibir y actuar sobre quejas, conflictos y diferencias de opinión sobre la atención al paciente y el derecho del paciente a participar en estos procesos.	Es importante incluir en los estándares relacionados 1305-61-63-64-65-74 respecto al elemento medible 4, hacer partícipes al paciente y su familia en el proceso de resolución sobre quejas, conflictos y diferencias de opinión.

El hospital identifica en las políticas y procedimientos a quienes deben participar en los procesos y cómo participan el paciente y la familia.

Trabajo de Fin de Máster

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
No Existe Comparación	PCC 4	El consentimiento general para el tratamiento es claro en su alcance y sus límites, tanto si se obtiene cuando el paciente es ingresado en el hospital o cuando se registra por primera vez como paciente ambulatorio.	En la acreditación catalana no se habla de consentimiento general, por lo tanto, es de extrema importancia incluir los elementos medibles 1 en donde los pacientes y sus familias son informados del alcance del consentimiento general, cuando este es utilizado por el hospital; y 2 cuando el hospital ha definido cómo documentar el consentimiento general, cuando este se utiliza, en la historia clínica del paciente.

Se solicite o no un consentimiento general, se proporciona información a todos los pacientes acerca de aquellas pruebas y tratamientos para los que se necesitará un consentimiento informado por separado.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
Proceso de consentimiento del paciente a mejorar	PCC 4.1	El consentimiento informado se obtiene a través de un proceso definido por el hospital y se realiza por personal formado, en una manera y con un lenguaje que el paciente pueda entender.	En la acreditación catalana el hospital desarrolla e implementa consentimiento informado, pero no especifica que tipo de formación del personal debe tener para llevar a cabo la explicación del consentimiento. Tampoco se dice si a los pacientes se otorgan el consentimiento informado siguiendo el proceso y si este se documenta de manera uniforme. El estándar 627 no contiene información clara acerca del consentimiento informado que es y en donde se puede ubicar documentalmente.

Para dar su consentimiento, un paciente tiene que conocer aquellos factores relativos a la atención planificada que se necesitan para tomar una decisión informada.

Trabajo de Fin de Máster

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
Proceso de consentimiento del paciente a mejorar	PCC 4.2	El consentimiento informado se obtiene antes de la cirugía, la anestesia, la sedación en procedimientos, el uso de sangre o productos sanguíneos y de cualquier otro tratamiento o procedimiento de riesgo.	El estándar 893 se relaciona y habla de la aceptación del paciente y por parte del investigador para los tratamientos y estudios de investigación clínica; es conveniente alinear la acreditación catalana con el importante elemento medible que hace referencia en el alto riesgo clínico adicional.

El paciente obtiene el consentimiento antes de los procedimientos o tratamientos de alto riesgo adicionales.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
Proceso de consentimiento del paciente a mejorar	PCC 4.3	Los pacientes y sus familias reciben información adecuada acerca de la situación del paciente, el(los) tratamiento(s) propuesto(s) y los profesionales del cuidado de la salud, para que puedan dar su consentimiento y tomar decisiones sobre la atención.	Respecto al elemento medible 4 debe haber un proceso claro y establecido para responder a la solicitud del paciente acerca del medio o profesional responsable

El hospital desarrolla e implementa un proceso para responder a la solicitud de información adicional por parte del paciente acerca del médico o del profesional responsable de su atención.

Trabajo de Fin de Máster

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
Proceso de consentimiento del paciente a mejorar	PCC 4.4	El hospital establece un proceso, dentro del contexto de la legislación y cultura existentes, para los casos en que otras personas puedan otorgar el consentimiento.	Respecto al elemento medible 3 no se especifica en ninguno de los estándares relacionados 974-593-636 que en la historia clínica del paciente liste las personas que otorgan el Consentimiento informado, sea general o específico.

Cuando es alguien distinto al paciente quien otorga el consentimiento, esa persona queda registrada en la historia clínica del paciente.

ACREDITACION CATALANA 2023	JCI 2021		ANALISIS O CONTRASTE
Proceso de consentimiento del paciente a mejorar	PCC 5	El hospital establece un proceso, dentro del contexto de la legislación y cultura existentes, para los casos en que otras personas puedan otorgar el consentimiento.	Respecto al elemento medible 3 no se especifica en ninguno de los estándares relacionados 974-593-636 que en la historia clínica del paciente liste las personas que otorgan el Consentimiento informado, sea general o específico.

7.2 Resultados para el Objetivo 2.

Para facilitar el intercambio y la implementación de estándares operativos, es fundamental involucrar a los equipos operativos desde el principio y asegurarse de que entiendan los beneficios que aportan los nuevos estándares a sus actividades diarias, por lo cual se incluye en la aplicación un buscador independiente, (Figura 1) para cada uno de los siguientes ítems: los números de los estándares, descripción del estándar y su posible evidencia.

La inclusión de diversos indicadores y gráficos en el Cuadro de Mando parece

Trabajo de Fin de Máster

proporcionar una visión detallada de la gestión de evaluación de acreditación de la Generalitat; la calidad y relevancia de los indicadores son más importantes que la cantidad. Por lo tanto, se han diseñado gráficos que se pueden leer de manera intuitiva comprensible y faciliten la interpretación rápida de los datos. La inclusión de comentarios del evaluador podría ser también beneficioso, relevante y útil.

Seria clave para el desarrollo posterior una prueba piloto para validar la herramienta en un centro sanitario que acceda a formar parte de la primera prueba de la herramienta.

En resumen, aunque la inclusión de una amplia variedad de indicadores y gráficos puede ser valiosa, es fundamental mantener un equilibrio entre la cantidad de información presentada y su relevancia. La claridad, la simplicidad y la pertinencia son clave para asegurar que el Cuadro de mando (Figura 2) sea efectivo y facilite la toma de decisiones.

El Resultado final de la Aplicación, se puede observar por medio de un video publicado en la siguiente dirección de internet:

<https://youtu.be/0ajBirdyBE0>

Trabajo de Fin de Máster

8 Discusión.

El modelo catalán ha sido una herramienta eficaz para incentivar a los centros en la mejora continua de la calidad y por este motivo ha sido un objetivo prioritario del Departamento de Salud. No debemos olvidar que llevábamos muchos años trabajando con esta versión, la cual se viene actualizando en el transcurso de los años (5º edición); se podría utilizar el modelo de la JCI para reestructurar, adaptar o crear nuevos estándares de evaluación de aplicación local; por ejemplo:

- Contenido de estándares: mejorando las expectativas de desempeño, estructura o funciones que deben existir para que un hospital sea acreditado.
- Propósito de cada estándar: tiene la mira o su norte a ayudar a explicar el significado completo del estándar.
- Componentes de cada estándar: son elementos medibles cuantitativos o cualitativos que indican lo que se revisa y puntúa durante un proceso de evaluación in situ.

La acreditación catalana destaca en su última actualización estándares para garantizar la protección del personal frente al abuso de poder, el acoso, la discriminación de género, raza, discapacidad, religión, al igual que se han incorporado estándares con procedimientos para proteger a sus clientes en los casos de violencia doméstica, de género u otros; todos estos equivalentes a los estándares de la JCI.

Es importante mencionar que el EFQM en su nueva versión 2020 deja de centrarse solo en la excelencia para convertirse, también, en un modelo de

Trabajo de Fin de Máster

transformación, teniendo en cuenta que el cambio sólo corrige el pasado, mientras que la transformación nos permite poder abordar de forma ágil y eficiente, las oportunidades y amenazas que existen en este nuevo ecosistema sanitario.

En comparación de este último con la JCI, se ha encontrado que el modelo de excelencia EFQM en salud cubre todos los requisitos del sistema de acreditación de la JCI, aunque esta es más detallada en los estándares y elementos medibles sanitarios que el modelo EFQM; sin embargo, existe la versión “Guía de Interpretación del modelo EFQM para el Sector Sanitario” actualizada a noviembre de 2021, la cual sería conveniente adaptar o incluir nuevos estándares sanitarios.

En la comparación también se encontró que la acreditación catalana frente a la JCI este último incluye conceptos que no se mencionan en el modelo catalán, en donde por ejemplo en la JCI hacen un plan de alta desde que el paciente ingresa al servicio incluyendo servicios externos que requiera el paciente en el futuro y con esto la JCI disminuye los días de estancia hospitalaria, en comparación el manual catalán mencionan el plan del alta pero no son minuciosos; lo cual aumenta la estancia hospitalaria porque no hay un plan establecido; entre otros por ejemplo: encontramos la rehabilitación cardíaca, educación nutricional al paciente diabético, solicitudes de ambulancias, asistencia de enfermería en casa, entre otros. En la JCI encontramos que especifican detalladamente el seguimiento de evaluación que requiere el paciente ingresado, ya sea diario (una, dos o tres veces al día) y en conjunto especifican la función de enfermería en cuanto al control de constancias vitales y vigilancia del paciente; en el modelo catalán no está claro.

Trabajo de Fin de Máster

Otro concepto diferenciador que incluye el modelo JCI es que en este la participación y comunicación con el paciente y su familia es muy importante. La forma de diseñar los estándares de calidad por la JCI tiene en cuenta a todos los participantes (Stakeholders) que interactúan con la organización sanitaria, se presentan como pilares principales y fundamentales que sostienen al sistema de calidad. La semejanza de ambos sistemas de calidad se encuentra en que ambos responden a las necesidades y expectativas del paciente.

Observamos también que en cuanto a JCI tiene elementos medibles específicos con respecto a las pruebas de laboratorio (AOP 5.9) con elementos medibles de alta evidencia científica, por ejemplo: se realizan pruebas correspondientes de los reactivos, a su vez tiene un programa para la rápida corrección de errores en los resultados y registros de deficiencias. También determina rangos específicos de los valores de los resultados y mide mediante pruebas de competencia o programas alternativos al que somete los servicios y pruebas de laboratorio de todas las especialidades y se asegura que las pruebas de competencia del laboratorio satisfaga los criterios de rendimiento para cada especialidad, subespecialidad de acuerdo con lo establecido por las leyes locales; además mantiene los registros de participación en un programa de pruebas de competencia ósea someto mi laboratorio a un programa de comparación (Berchmarking) y además lo registro. También monitoriza la calidad de los servicios prestados por los laboratorios externos.

Con relación a los tres modelos de acreditación estudiados vemos que exigen planes de mejora según los resultados de acreditación. La JCI y el EFQM buscan de forma holística e integral, el establecimiento de estrategias con el

Trabajo de Fin de Máster

fin de lograr el cumplimiento y mantener en el tiempo lo planificado, por lo tanto, promueve que las organizaciones se autoevalúen con relación a las experiencias y resultados obtenidos en dicha acreditación, y que nos lleva a tener una mejora continua y garantiza que a través del tiempo existe una efectividad de las medidas.

Las diferencias observadas entre los modelos EFQM y JCI son en general concordantes, sin embargo, el EFQM sería más flexible y de mayor alcance, permitiendo a la JCI adaptarse a este, pero la JCI se enfoca en el cumplimiento de “criterios prescriptivos de obligado cumplimiento”, además de ser sólo aplicable a instituciones sanitarias de atención cerrada. Ósea la JCI se puede adaptar al EFQM, pero este no a la JCI. En este sentido, el modelo catalán podría considerarse “intermedio” en estos aspectos.

Se podría considerar la posibilidad de utilizar el EFQM 2020 como un marco más amplio para la gestión de calidad y luego alinear los estándares específicos de la Joint Commission 7º edición, Sin embargo, es importante recordar que el modelo catalán tiene su enfoque y requisitos, por lo que la adaptación precisa dependerá de los objetivos y circunstancias.

8.1 Aproximación del Manual de Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña a la luz del cruce del EFQM 2020 y Joint Commission International 2021.

Para proceder con esta aproximación en las figuras 3 y 4 se observa una convergencia en los principios y áreas de enfoque relacionados con la calidad, la seguridad y la mejora continua en la atención médica. Esta convergencia

Trabajo de Fin de Máster

observada en las figuras 6, 7, 8, 9 y 10, el cual es un ejercicio preliminar ejemplificante, sugiere que el manual de acreditación está alineado con prácticas y estándares internacionales reconocidos y puede servir como una base sólida para la mejora de la calidad en los centros de atención hospitalaria en Cataluña. Sin embargo, es importante adaptar y contextualizar estos enfoques para cumplir con las necesidades y regulaciones específicas del manual. Estos

Trabajo de Fin de Máster

9 Conclusiones.

Según los resultados del presente trabajo final de máster, se pueden citar las siguientes conclusiones:

9.1 Conclusiones del Objetivo Principal.

- El modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña sigue vigente, porque articula como herramienta esencial proporcionando mejora continua, garantizando la seguridad y la eficiencia de los servicios de atención hospitalaria.
- El proceso de acercar el modelo de acreditación catalán a las bases operativas del hospital implica a los mandos la adaptación e implementación de estándares del manual de acreditación catalán al entorno hospitalario, para llevar a cabo este proceso y facilitar este intercambio, sería conveniente:
 1. Comprender el modelo de acreditación: implica estudiar a fondo el manual, así como cualquier documentación proporcionada por la Generalitat.
 2. Formar equipos de trabajo: formar equipos interdisciplinarios que estén compuestos por personal de diferentes áreas del hospital, como médicos, enfermeras, administradores, personal de calidad o seguridad, entre otros. Estos equipos serán clave para implementar los cambios necesarios.
 3. Evaluación inicial: realizar una evaluación exhaustiva de la situación actual del hospital en relación con los estándares de acreditación catalana, para identificar las áreas que necesitan mejoras y establecer un plan de acción para abordarlas.
 4. Desarrollo de políticas y procedimientos: trabajar en conjunto con el

Trabajo de Fin de Máster

equipo para desarrollar políticas y procedimientos que cumplan con los estándares de la acreditación. Esto puede implicar la creación de nuevos protocolos, la revisión de los existentes y la capacitación del personal para garantizar su cumplimiento.

5. Asignar responsabilidades: cada miembro del equipo debe tener tareas específicas relacionadas con la implementación de los estándares del manual de acreditación. Esto incluye la supervisión de cambios y la recopilación de documentación.
6. Recopilar evidencia: preparar una amplia documentación que respalde el cumplimiento de los estándares de la acreditación; por ejemplo: consentimientos, historia clínica, informes de calidad, políticas y procedimientos, entre otros documentos.
7. Simulación de la auditoría: antes de someterse a la auditoría oficial, realizar una auditoría interna o una simulación de auditoría para identificar posibles brechas en el cumplimiento de los estándares. Esto permite hacer correcciones y ajustes antes de la evaluación real.
8. Preparación para la auditoría: asegurar que el equipo esté preparado para responder a las preguntas y proporcionar la documentación requerida durante la auditoría.
9. Auditoría y revisión: el equipo debe estar disponible para responder a las preguntas y proporcionar la evidencia necesaria.
10. Corrección de hallazgos: si se identifican áreas de no conformidad durante la auditoría, trabajar en conjunto con el equipo para abordar y corregir estos hallazgos de manera oportuna.
11. Mantenimiento de la acreditación: es fundamental mantener la acreditación a través de un compromiso y mejoramiento continuo con la calidad y el cumplimiento de los estándares. Esto implica la revisión y mejora constante de los procesos y políticas.
12. Comunicación interna y externa: Informa a todo el personal y a los pacientes sobre la acreditación obtenida y las mejoras realizadas en el

Trabajo de Fin de Máster

hospital. Esto puede ayudar a fortalecer la confianza en la institución. Cada Centro debe tener un instintivo o emblema (como lo tiene la JCI con su sello dorado o el EFQM sello azul) el cual demuestre que esta abalado por la generalitat.

- Adecuar o actualizar el modelo catalán, que está basado en el modelo EFQM 2013 y en su estructura con total de 9 criterios al EFQM 2020 con 7 criterios; busca reflejar la transformación, los desafíos y las oportunidades actuales que enfrentan las organizaciones en un ecosistema en constante evolución.
- Revisar cruce entre modelo EFQM 2020 y JCI 7º edición, aunque ambos tienen como objetivo mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente, utilizan enfoques diferentes y no están necesariamente diseñados para ser directamente compatibles entre sí. Sin embargo, es posible identificar áreas de solapamiento y similitudes en los principios generales de calidad que comparten. Las figuras 6 al 10, son un ejercicio preliminar ejemplificante, y sería necesario examinar detalladamente los criterios y estándares de ambas acreditaciones para determinar cómo pueden complementarse al modelo catalán; por lo tanto, se puede concluir que es necesario un estudio monográfico donde se pueda ampliar este cruce.
- Perfeccionar o evolucionar la herramienta informática de seguimiento directivo, esta acción puede resultar fundamental porque la tecnología adecuada proporciona ventajas para mejorar la eficiencia, la toma de decisiones y el rendimiento general de las acreditaciones de los hospitales en Cataluña.

Trabajo de Fin de Máster

9.2 Conclusiones del Objetivo Secundario.

- Para facilitar el intercambio, implicar a los mandos, y lograr que los estándares descendan de los órganos de gobierno y equipo directivo a la parte operativa y técnica de las organizaciones sanitarias, es esencial definir claramente los estándares de operación que se desean implementar en cada grupo de personas implicadas en los proyectos de mejoras de procesos; para ello se ha creado un buscador independiente para cada uno de los siguientes ítems: los números de los estándares, descripción del estándar y su posible evidencia.
- Mejora de la eficiencia administrativa: la herramienta permite objetivar áreas detalladas en donde es necesario planes de acciones de mejora en toda la institución.
- Sistema de puntuación ajustado: La herramienta actualizada incluye un sistema de puntuación que considerará la obtención de un grado o nivel de cumplimiento. Esto sugiere un intento de proporcionar una evaluación más precisa y detallada de los procesos o áreas evaluadas, (Alcanzado / No alcanzado).
- Visualización de datos: La herramienta también ofrece un panel o cuadro de mando directivo para mostrar indicadores generales. Esto indica un enfoque en la visualización de datos para facilitar la comprensión y la toma de decisiones informadas por parte de los responsables y partes interesadas. Un Cuadro de mando puede proporcionar una visión rápida y clara del estado de cumplimiento y el rendimiento general.

Trabajo de Fin de Máster

- Enfoque en la transparencia: La inclusión de un Cuadro de mando para mostrar indicadores sugiere un enfoque en la transparencia. Al hacer que estos datos estén disponibles y accesibles, la organización puede mostrar sus esfuerzos y resultados de manera abierta a diferentes partes interesadas.
- Sería clave para el desarrollo posterior de la herramienta una prueba piloto en un centro sanitario que acceda a formar parte de esta primera prueba, con el fin de para realizar ajustes necesarios, recolectar indicaciones de perfeccionamiento para su funcionamiento en sus futuras versiones y validar la herramienta definitivamente.

Trabajo de Fin de Máster

10 Bibliografía.

1. de Salut D. Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya: document d'estàndards i avaluació. 2023 [citado el 3 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1683.4>
2. Modelo EFQM 2a edición (Castellano) [Internet]. Clubexcelencia.org. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.clubexcelencia.org/modelo-efqm-2a-edicion-castellano>
3. JCI accreditation standards for hospitals, 7th edition [Internet]. Joint Commission International. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-7th-edition/>
4. Prieto C, Luis Á. Estándares de la JCI 2002 frente al modelo EFQM: ¿hacia la complementariedad? Adm Sanit [Internet]. 2006 [citado el 3 de septiembre de 2023];4(2):303–10. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-estandares-jci-2002-frente-al-13091839>
5. Guía de Interpretación del Modelo EFQM 2020 para el sector sanitario [Internet]. Clubexcelencia.org. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.clubexcelencia.org/conocimiento/plataforma-de-conocimiento/guia-de-interpretacion-del-modelo-efqm-2020-para-el-sector>
6. Preparando la Evaluación con el Modelo EFQM 2020 en una Organización

Trabajo de Fin de Máster

- Sanitaria [Internet]. Clubexcelencia.org. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.clubexcelencia.org/actividades/preparando-la-evaluacion-con-el-modelo-efqm-2020-en-una-organizacion-sanitaria>
7. FADA [Internet]. Acreditacionfada.org. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://acreditacionfada.org/index.php?page=beneficios-acreditacion>
8. Martínez B. Calidad. ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)? An Pediatr Contin [Internet]. 2008 [citado el 3 de septiembre de 2023];6(5):313–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-calidad-que-es-el-modelo-S169628180874887X>
9. Aloy Duch A. Desarrollo de estándares para Unidades de Calidad de centros sanitarios. Universitat Internacional de Catalunya; 2022
10. La gestión de la calidad en los servicios asistenciales: Modelos de certificación y acreditación para centros asistenciales | Comtec -. [citado el 3 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://comtecquality.com/es/publicaciones/la-gestion-de-la-calidad-en-los-servicios-asistenciales-modelos-de-certificacion-y-acreditacion-para-centros-asistenciales/>
11. López-Viñas ML, Costa N, Tirvió C, Davins J, Manzanera R, Ribera J, et al. Modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda de Cataluña. Med Clin (Barc) [Internet]. 2014 [citado el 3 de septiembre de 2023];143:68–73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-modelo-acreditacion-centros-atencion->

Trabajo de Fin de Máster

[hospitalaria-S0025775314005594](#)

12. López Viñas ML, Costa Vilar N, Manzanera López R. Modelo de acreditación sanitaria en Cataluña. Adm Sanit [Internet]. 2006 [citado el 3 de septiembre de 2023];4(2):185–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-modelo-acreditacion-sanitaria-cataluna-13091830>
13. Aranda JRG. Organizaciones que sobresalen. Análisis de los elementos que impulsan la obtención de resultados superiores de forma sostenida. Una aproximación empírica en el ámbito público. Universidad de Zaragoza; 2020.
14. Nicolas AS, del Castillo M. Modelo EFQM 2020: Hacia la Excelencia y más allá J Health Qual Res [Internet]. 2020 [citado el 3 de septiembre de 2023];35(1):1–3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-articulo-modelo-efqm-2020-hacia-excelencia-S2603647920300026>
15. Bermúdez Tamayo C, Olry de Labry Lima A, García Mochón L. Identificación de indicadores de buenas prácticas en gestión clínica y sanitaria. J Health Qual Res [Internet]. 2018;33(2):109–18. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X18300095>
16. Sangüesa M, Mateo R, Ilzarbe L. Modelos de calidad en hospitales españoles. Rev Calid Asist [Internet]. 2005 [citado el 3 de septiembre de 2023];20(7):412–3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-modelos-calidad-hospitales-espanoles-13081932>

Trabajo de Fin de Máster

17. Agurto Ulloa SM, Andrade Löser RE, González Villalobo NE, Navarro Cortés FA, Pereira Gajardo NSPY. Estudio comparado del modelo de acreditación de salud chileno de atención cerrada con el modelo de acreditación en salud para hospitales de la Joint Commission International (JCI) y el modelo de excelencia de la fundación Europea para la gestión de la calidad (EFQM). 2022 [citado el 3 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/47518>
18. Davins Miralles J. Comparativa de 3 modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2007;14(6):328–32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207207718376>
19. S. Tabrizi J, Gharibi F, J. Wilson A. Advantages and disadvantages of health care accreditation mod-els. Health Promotion Perspectives [Internet]. 2011 [citado el 3 de septiembre de 2023];1(1):1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5681/hpp.2011.001>
20. Carrasco-Peralta JA, Herrera-Usagre M, Reyes-Alcázar V, Torres-Olivera A. Healthcare accreditation as trigger of organisational change: The view of professionals. J Health Qual Res [Internet]. 2019 [citado el 3 de septiembre de 2023];34(2):59–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30713136/>
21. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica [Internet]. Fadq.org. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/06/1966_Donabedian_Evaluacion_Calidad.pdf

Trabajo de Fin de Máster

11 Anexos

Tabla 1. Comparativa y evolución a nivel de criterios y subcriterios (Modelo de Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña 2023, Modelo EFQM 2020 y Modelo JCI 2021)

ACREDITACION CATALANA 2023			EFQM 2020			JOINT COMMISSION INTERNATIONAL 2021								
SUBCRITERIO		AGRUPADOR CONCEPTUAL	SUBCRITERIO	EVOLUCION DEL CRITERIO		SUBCRITERIO	EVOLUCION DE LOS SUBCRITERIOS	SUBCRITERIO	EVOLUCION DE LOS SUBCRITERIOS	SUBCRITERIO	EVOLUCION DE LOS SUBCRITERIOS			
1. CRITERIO: LIDERAZGO			1. CRITERIO: PROPOSITO, VISION Y ESTRATEGIA			METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (IPSG)								
1a.	Los líderes desarrollan la misión, la visión, los valores y los principios éticos y actúan como modelo de referencia	Agrupador conceptual 01. Misión, visión, valores y principios éticos de la organización	1.1	Definir el propósito y la visión	Concepto de propósito y visión	IPSG 1	Meta 1: Identificar correctamente a los pacientes	Mejorar la precisión de la identificación de los pacientes.	QPS 1	Gestión de las actividades de calidad e iniciativas de seguridad del paciente.	Una persona que lidera programas de calidad, de mejora continua de la calidad y de la seguridad del paciente en un hospital			
1b.	Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación, la mejora continua y el rendimiento del sistema de gestión de la organización	Agrupador conceptual 01. Modelo organizativo del liderazgo - Órganos de gobierno	1.2	Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés	Grupos de interés como eje de la estrategia	IPSG 2	Meta 2: Mejorar la comunicación efectiva	Mejorar la efectividad de la comunicación entre los profesionales de la atención médica, resultados críticos de las pruebas diagnósticas y la comunicación de transferencia.	QPS 2	Selección de medidas y recolección de datos	Dar soporte al proceso de selección de medidas en todo el hospital y coordina e integra las actividades de medición en todo el hospital.			
		Agrupador conceptual 02. Modelo organizativo del liderazgo - dirección ejecutiva	1.3	Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos	Concepto de ecosistema	IPSG 3	Meta 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo	Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo y manejo seguro los electrolitos concentrados.	QPS 3	Cultura y entorno que respalda la implementación de la atención basada en la evidencia	Cultura y un entorno que apoyan la implementación y la sostenibilidad de la atención basada en la evidencia mejoran los resultados de los pacientes.			
		Agrupador conceptual 03. Modelo organizativo del liderazgo - Línea ejecutiva	1.4	Desarrollar la estrategia	Adecuación regular de prioridades estratégicas. Objetivos de funcionamiento y de transformación	IPSG 4	Meta 4: Garantizar una cirugía segura	Verificación prequirúrgica y el marcado; e implementa un proceso de pausa que se realiza inmediatamente antes del comienzo del procedimiento quirúrgico y después de él.	QPS 4	Análisis y validación de los datos de medida	El programa de calidad y seguridad del paciente incluye la agregación y el análisis de datos para apoyar la atención de los pacientes, la gestión del hospital y el programa de gestión de calidad.			
		Agrupador conceptual 04. Plan estratégico	1.5	Diseñar e implantar un sistema de gestión y de gobierno	Sistema de gestión y de gobierno	IPSG 5	Meta 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con el cuidado de la salud	Recomendaciones sobre higiene de manos basadas en evidencia	QPS 5	Análisis de datos incluye por lo menos una determinación al año del impacto de las mejoras prioritarias a nivel de	El análisis proporcionará información útil sobre qué mejoras afectan a la			
			DIRECCIÓN			ESTANDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE			ESTANDARES DE GESTION DE LA ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD			ESTANDARES DEL HOSPITAL DOCENTE		
						METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (IPSG)			MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES (QPS)			EDUCACION DE LOS PROFESIONALES MEDICOS (MPE)		
												MPE 1		
												MPE 2		
												MPE 3		
												MPE 4		
												MPE 5		

Trabajo de Fin de Máster

	organización y sus capacidades	
2.c	La estrategia y las políticas de apoyo se desarrollan, se revisan y se actualizan	No se desarrolla en este criterio, sino que se incluye en el desarrollo del plan estratégico del criterio 1, «Liderazgo», y en el despliegue de los subcriterios 2a, 2b y 2d.
2.d	La estrategia y las políticas de apoyo se comunican, se implantan y se supervisan	Agrupador conceptual 01. Procesos clave
		Agrupador conceptual 02. Comunicación
3. CRITERIO: PERSONAS		
3.a	Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos	Agrupador conceptual 01. Estrategia referida a las personas
		Agrupador conceptual 02. Gestión de las personas
4.1	Diseñar el valor y cómo se crea	Diseño de la propuesta de Valor
4.2	Comunicar y vender la propuesta de valor	Comunicación de la propuesta de valor
4.3	Producir y entregar la propuesta de valor	Entrega de la propuesta de valor
4.4	Diseñar e implantar un modelo de experiencia global	Modelo de experiencia global del cliente
5. CRITERIO: GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA TRANSFORMACION		
5.1	Gestionar el funcionamiento y el riesgo	Gestión del funcionamiento y el riesgo (cadena de valor presente)
		de la atención al paciente
PCC 4	Proceso de consentimiento del paciente	Obtención de un consentimiento informado claro en su alcance y sus límites
PCC 5	Educación del paciente y su familia	Educar al personal sobre los derechos de los pacientes
PCC 6	Información sobre donación de órganos y tejidos	Humanizar a los pacientes y a las familias sobre el proceso que tiene el hospital para el monitoreo de obtención de órganos y tejidos.
EVALUACION DE LOS PACIENTES (AOP)		
AOP 1	Identificación de las necesidades de atención médica a través de un proceso de evaluación.	Los pacientes atendidos por el hospital tienen identificadas sus necesidades de atención médica a través de un proceso de evaluación que ha sido definido
AOP 2	Los pacientes son reevaluados a intervalos según su condición y tratamiento para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar el tratamiento continuo o el alta.	Los pacientes son sometidos a reevaluaciones durante el proceso de atención, a intervalos determinados en función de sus necesidades y del plan de atención.
PCI 7	Limpieza ambiental	médicos/quirúrgicos garantizando una limpieza, desinfección, esterilización y almacenamiento adecuados. Programa de prevención y control de infecciones para abordar la limpieza y desinfección ambiental y las superficies ambientales.
PCI 8	Residuos y tejidos humanos infecciosos	Reducir el riesgo de infecciones mediante la eliminación adecuada de los desechos, el manejo adecuado de los tejidos humanos y la manipulación y eliminación seguras de objetos punzantes.
PCI 9	Servicios de alimentos	Reducir el riesgo de infecciones relacionadas con el funcionamiento de los servicios de alimentos.
PCI 10	Controles de ingeniería	Reducir el riesgo de infección en las instalaciones mediante el uso de controles mecánicos y de ingeniería.
PCI 11	Riesgos de construcción y renovación	Reducir el riesgo de infección en las instalaciones relacionado con obras de demolición, construcción y renovación.
PCI 12	Transmisión de infecciones	Proporcionar precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen de las enfermedades transmisibles a pacientes, visitantes, personal y proteger a

Trabajo de Fin de Máster

3.c	Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización	Agrupador conceptual 01. Grupos de trabajo	RESULTADOS	6. CRITERIO: PERCEPCIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS			ATENCIÓN DE PACIENTES (COP)			GLD 1	Gobierno del hospital	Un grupo de personas, uno o varios propietarios individuales, o en el caso de muchos hospitales públicos, el Ministerio de Sanidad, responsables de supervisar el funcionamiento del hospital y de rendir cuentas por los servicios de atención sanitaria que proporciona el hospital.
3.d	Las personas se comunican eficazmente en toda la organización	Agrupador conceptual 01. Programa de acogida del personal		6.1	Resultados de percepción de clientes	Percepción de los clientes en relación a: experiencia, marca, cultura, innovación y eficacia de la organización.	COP 1	Prestación de atención para todos los pacientes	Atención sanitaria uniforme a todos los pacientes y se cumple con las leyes y reglamentaciones vigentes.	GLD 2	Responsabilidades del director ejecutivo	Responsable de todas las operaciones diarias del hospital. Esto incluye la adquisición y el inventario de los suministros esenciales, el mantenimiento de las instalaciones físicas, la administración financiera, la gestión de la calidad y otras responsabilidades.
		Agrupador conceptual 02. Garantizar la comunicación		6.2	Resultados de percepción de las personas	percepción de las personas en relación a: cultura, compromiso, ambiente de trabajo, gestión y comunicación, ejecución de las estrategias.	COP 2	Proceso para integrar y coordinar la atención que se le brinda a cada paciente.	Procesos para integrar y coordinar la atención que se le brinda a cada paciente.	GLD 3	Responsabilidades del equipo directivo del hospital	Responsable de colectivamente de definir la misión del hospital y de crear los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.
3.e	Reconocimiento y atención a las personas de la organización	Agrupador conceptual 01. Reconocimiento del esfuerzo de las personas		6.3	Resultados de percepción de inversores y reguladores	percepción de los inversores y reguladores en relación a: gestión financiera, estructura, responsabilidad social, gestión de riesgos, capacidad de anticiparse al futuro.	COP 3	Atención a los pacientes de alto riesgo y prestación de servicios de alto riesgo	Basados en: Administración del sistema de alarmas clínicas, Reconocimiento de cambios en el estado del paciente, Servicios de resucitación, Administración de sangre y hemoderivados, Control de pacientes en riesgo de suicidio o autolesión.	GLD 4	Equipo directivo del hospital en la calidad y seguridad del paciente	El Equipo planifica, elabora e implementa un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.
		Agrupador conceptual 02. Atención a las personas	6.4	Resultados de percepción de la sociedad	Percepciones de la sociedad y su comunidad en relación a: satisfacción de expectativas, impacto de la gobernanza, sostenibilidad, compromiso.	COP 4	Administración de láseres	El hospital establece e implementa un programa para el uso seguro de láseres y otros	GLD 5	El director ejecutivo y el equipo directivo del hospital establecen prioridades respecto a los procesos de todo el hospital que se medirán.	Una de las principales responsabilidades del gerente y del equipo directivo del hospital es establecer las	

Trabajo de Fin de Máster

4. CRITERIO: ALIANZAS Y RECURSOS			6.5	Resultados de percepción de partners y proveedores	Percepciones de los partners y proveedores en relación a: experiencia, grado de implantación, gestión, comunicación, sostenibilidad.	dispositivos de radiación óptica.			prioridades de medición y mejora en todo el hospital.		
4.a	Gestión de aliados y prestadores	Agrupador conceptual 01. Prestadores externos de servicios asistenciales	7. CRITERIO: RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO			COP 5	Alimentación y terapia nutricional	Disponibilidad de una variedad de opciones de alimentos apropiados para la situación nutricional del paciente.	GLD 6	Equipo directivo del hospital en los contratos	El equipo directivo del hospital describe, por escrito, la naturaleza y el alcance de los servicios prestados a través de acuerdos contractuales.
		Agrupador conceptual 02. Continuidad entre ámbitos asistenciales	7.1	Logros alcanzados en la consecución del propósito, la estrategia y la creación de valor sostenible	<ul style="list-style-type: none"> • Consecución de objetivos estratégicos clave y de indicadores clave de rendimiento. • Consecución de los objetivos de transformación. Indicadores de entrega de productos y servicios. • Servicio al cliente. 	COP 6	Manejo del dolor	Los pacientes reciben ayuda para manejar el dolor en forma efectiva.	GLD 7	Equipo directivo del hospital en las decisiones sobre recursos	El equipo directivo del hospital toma decisiones relacionadas con la compra o el uso de recursos
		Agrupador conceptual 03. Subcontrataciones	7.2	Cumplimiento de las expectativas de los grupos de interés clave	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de reclamaciones. • Cuota de mercado. • Formación y desarrollo profesional. • Gestión y evaluación del desempeño de las personas. • Actividades medioambientales y sociales. • Rendimiento en materia de salud y seguridad. • Rendimiento de los partners y proveedores. 	COP 7	Atención al final de la vida	Proporcionar al paciente que se encuentra al final de la vida una atención que aborda las necesidades del paciente y la familia y optimiza la comodidad y la dignidad del paciente.	GLD 8	Organización y responsabilidades del personal clínico	Los líderes médicos, de enfermería y otros jefes de departamentos y servicios clínicos planifican e implementan una estructura del personal profesional para apoyar sus responsabilidades y autoridad.
		Agrupador conceptual 04. Otros proveedores	7.3	Rendimiento económico y financiero	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de reclamaciones. • Flujo de caja. • Rotación de existencias/inventario. • Beneficios antes de intereses, impuestos, depreciación y amortización (EBITDA). • Inversiones/ retorno de la inversión. • Coste de proyectos. • Cumplimiento del presupuesto. • Eficiencia en el uso de los recursos financieros 	COP 8	Hospitales que prestan servicios de trasplante de órganos y tejidos	Hospitales que facilitan recursos para llevar a cabo el programa de trasplante de órganos y tejidos.	GLD 9	Dirección de los departamentos y servicios del hospital	El buen desempeño de un departamento o servicio requiere de un liderazgo claro de una o más personas cualificadas dirigen cada departamento o servicio del hospital.
4.b	Gestión de los recursos económicos y financieros	Agrupador conceptual 01. Gestión de recursos económicos y financieros	7.4	Logros en la gestión del funcionamiento y la transformación	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de funcionamiento. Indicadores de procesos clave (eficacia, eficiencia). • Resultados de la gestión del cambio. • Logros en materia de innovación. 	COP 9	Programas de trasplante que utilizan órganos de donante vivo	Programas de trasplante que se realizan con donantes vivos cumplen la legislación y normativa local y regional y protegen los derechos de los donantes reales.	GLD 10	Los jefes de departamento/servicio identifican por escrito los servicios a ser prestados e integra o coordina dichos servicios con los servicios de otros departamentos.	Determinar el formato uniforme y el contenido de los documentos de planificación específicos del departamento, definiendo sus objetivos e identificando los servicios actuales y planificados.
						ANESTESIA Y ATENCION QUIRURGICA (ASC)		GLD 11	Los jefes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los pacientes participando en las prioridades de mejora en todo el hospital	Involucrar a su personal en las actividades de mejora que reflejan las prioridades de todo el hospital.	

Trabajo de Fin de Máster

4.c	Gestión sostenible de los edificios, los equipamientos, los materiales y los recursos naturales	Agrupador conceptual 01. Instalaciones y mantenimiento del edificio	7.5	Mediciones predictivas sobre el futuro de la organización	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de patrones de rendimiento y conjuntos de datos. • Proyecciones a partir de los resultados existentes. • Dinámicas de los indicadores directos e indirectos (de arrastre). • Previsiones futuras. 	ASC 1	Organización y gestión	El hospital cuenta con un sistema para proporcionar los servicios de sedación y anestesia que se requieren según su población de pacientes.	GLD 12	Ética clínica y de la organización	El equipo directivo del hospital tiene la responsabilidad profesional y legal de crear y promover un entorno y una cultura que operen dentro de un marco ético.
		Agrupador conceptual 02. Adecuación del edificio				ASC 2	Personas cualificadas tienen la responsabilidad de gestionar los servicios de sedación y anestesia.	Asumir la responsabilidad profesional de los servicios de anestesia proporcionados.	GLD 13	Crear y apoyar un programa de cultura de seguridad en todo el hospital.	Establecer un entorno colaborativo en el que los clínicos cualificados se tratan unos a otros con respeto, los líderes dirigen un trabajo en equipo efectivo y promueven la seguridad psicológica.
		Agrupador conceptual 03. Accesibilidad del edificio y de su entorno				ASC 3	Atención con sedación	La administración de sedación está estandarizada en todo el hospital.	GLD 14	Educación de profesionales sanitarios	Guía por los parámetros educativos definidos por el programa académico patrocinador y por el equipo directivo del hospital.
		Agrupador conceptual 04. Derecho a la intimidad y al confort				ASC 4	Atención anestésica	La evaluación preanestésica del paciente sirve de base para dicha planificación, para identificar qué hallazgos derivados de la monitorización durante la anestesia y la recuperación	GLD 15	Investigación con sujetos humanos	La investigación con sujetos humanos, cuando se realiza dentro del hospital, sigue las pautas establecidas por la legislación, la normativa y el equipo directivo del hospital.
		Agrupador conceptual 05. Seguridad del edificio y su entorno				ASC 5	Se planifica la atención anestésica de cada paciente	Planificar cuidadosamente y se documenta en el registro de anestesia.	GLD 16	Informar a los pacientes y las familias sobre cómo tener acceso a la investigación clínica, estudios clínicos o ensayos clínicos con sujetos humanos.	Proporcionar información a los pacientes y a las familias sobre cómo tener acceso a esas actividades cuando son pertinentes a las necesidades de tratamiento de los pacientes.
		Agrupador conceptual 06. Gestión de residuos y otros riesgos				ASC 6	Monitorizar el estado fisiológico de cada paciente durante la anestesia y la cirugía.	Proporcionar información confiable acerca del estado del paciente durante la anestesia (general, espinal, regional y local) y el período de recuperación.	GLD 17	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo se protege a los pacientes que deciden participar en una investigación, estudio o ensayo clínico.	Un hospital que realiza investigaciones clínicas, estudios clínicos o ensayos clínicos con sujetos humanos sabe que su primera responsabilidad es la salud y bienestar del paciente.

Trabajo de Fin de Máster

		Agrupador conceptual 07. Seguridad del agua
4.d	Gestión de la tecnología	Agrupador conceptual 01. Gestión de la tecnología asistencial
4.e	Gestión de la información y del conocimiento	Agrupador conceptual 01. Sistemas de información
		Agrupador conceptual 02. Gestión de la información asistencial
		Agrupador conceptual 03. Gestión del conocimiento
5. CRITERIO: PROCESOS PRODUCTOS Y SERVICIOS		

ASC 7	Atención quirúrgica	Planificar y registrar por escrito la atención quirúrgica de cada paciente de acuerdo con los resultados de la evaluación.	GLD 18	El consentimiento informado se obtiene antes de que un paciente participe en una investigación, un estudio o un ensayo clínico.	Los pacientes y las familias deben obtener un consentimiento informado.
GESTION Y EL USO DE MEDICAMENTOS (MMU)			GLD 19	Contar con un comité u otra forma de supervisar toda la investigación que se realiza en el hospital en la que participan sujetos humanos.	Establece un comité u otro mecanismo, cuando se involucran a sujetos humanos; el comité o junta de revisión específica, debe supervisar dichas actividades en el hospital.
MMU 1	Organización y gestión	Los medicamentos, como recurso importante en la atención de pacientes, se deben organizar de manera eficaz y eficiente.	ADMINISTRACION Y SEGURIDAD DE INSTALACIONES (FMS)		
MMU 2	Selección y adquisición	El hospital debe decidir qué medicamentos poner a disposición para órdenes y prescripción por parte de los profesionales sanitarios.	FMS 1	Liderazgo y planificación	El hospital cumple con las leyes, los reglamentos, los códigos de seguridad contra incendios y de construcción y los requisitos de evaluación de las instalaciones pertinentes.
MMU 3	Almacenamiento	Almacenamiento de forma adecuada y segura.	FMS 2	Una persona cualificada supervisa la gestión de las instalaciones y la estructura de seguridad	Una persona cualificada supervisa la gestión de las instalaciones y la estructura de seguridad para reducir y controlar los riesgos en el entorno del cuidado de la salud.
MMU 4	Órdenes y transcripción	Identificar, conciliar y documentar una lista actualizada de los medicamentos que toma el paciente en el hogar y compara la lista con todos los medicamentos nuevos recetados	FMS 3	Monitoreo y evaluación de riesgos	Desarrollar y documentar una evaluación integral de riesgos basada en la gestión de las instalaciones y los riesgos de seguridad identificados en toda la organización, prioriza los riesgos, establece metas e implementa mejoras para reducir y eliminar los riesgos.

Trabajo de Fin de Máster

5.a	Diseño, planificación, gestión y mejora de los procesos	Agrupador conceptual 01. Diseño, planificación, gestión y mejora de los procesos
5.b	El subcriterio del modelo europeo EFQM, versión 2010, no se despliegan en este documento, ya que se considera que los contenidos están incluidos en el desarrollo de otros subcriterios.	
5.c	El subcriterio del modelo europeo EFQM, versión 2010, no se despliegan en este documento, ya que se considera que los contenidos están incluidos en el desarrollo de otros subcriterios.	
5.d	Los productos y servicios se producen, distribuyen y gestionan	Agrupador conceptual 01. Atención ambulatoria
		Agrupador conceptual 02. Atención urgente
		Agrupador conceptual 03. Atención hospitalaria
		Agrupador conceptual 04.

MMU 5	Preparación y dispensación	El hospital identifica los estándares de práctica para un entorno de preparación y dispensación limpio y seguro.	FMS 4	Los datos se recopilan y analizan de cada uno de los programas de seguridad y administración de las instalaciones	Reducir los riesgos en el medio ambiente, realizar un seguimiento del progreso en los objetivos y mejoras, y respaldar la planificación para reemplazar y actualizar las instalaciones, los sistemas y los equipos.
MMU 6	Administración	Identificación y documentación de los medicamentos que se administran en el registro médico del paciente.	FMS 5	Seguridad	El hospital desarrolla e implementa un programa para proporcionar una instalación física segura mediante evaluación y planificación para reducir los riesgos.
MMU 7	Monitoreo	Monitorización de los efectos de los medicamentos en los pacientes.	FMS 6	Protección	El hospital desarrolla e implementa un programa para brindar un entorno seguro para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
			FMS 7	Materiales y residuos peligrosos	El hospital desarrolla e implementa un programa para el manejo y control de materiales, desechos peligrosos, control y la eliminación de materiales.
			FMS 8	Seguridad contra incendios	El hospital establece e implementa un programa de seguridad contra incendios que incluye una evaluación continua de los riesgos y el cumplimiento de las leyes locales.
			FMS 9	Equipos médicos	El hospital desarrolla e implementa un programa para la gestión del equipo médico en toda la organización.
			FMS 10	Suministros básicos	El hospital establece e implementa un programa para la

Trabajo de Fin de Máster

	Atención quirúrgica
	Agrupador conceptual 05. Laboratorios
	Agrupador conceptual 06. Uso de la sangre y componentes sanguíneos
	Agrupador conceptual 07. Uso del medicamento
	Agrupador conceptual 08. Radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia
	Agrupador conceptual 09. Rehabilitación
	Agrupador conceptual 10. Nutrición
	Agrupador conceptual 11. Sistemas de gestión documental

		gestión de los suministros básicos en toda la organización.
FMS 11	Gestión de desastres y emergencias	El hospital desarrolla, mantiene y prueba un programa de manejo de emergencias para responder ante emergencias y desastres internos y externos
FMS 12	Construcción y renovación	Al planificar proyectos de construcción, renovación y demolición, organización lleva a cabo una evaluación de riesgos previa a la construcción.
FMS 13	Educación en programas de seguridad	El personal y otras personas están capacitados y tienen conocimientos sobre los programas de seguridad y administración de las instalaciones del hospital para garantizar una instalación segura y eficaz.
CUALIFICACION Y EDUCACION DEL PERSONAL (SQE)		
SQE 1	Planificación	Los jefes de los departamentos y servicios del hospital definen la educación, las destrezas, el conocimiento y otros requisitos deseados de todos los miembros del personal.
SQE 2	Procesos para reclutar, evaluar y asignar personal.	Los jefes de los departamentos y servicios del hospital desarrollan e implementan procesos para reclutar, evaluar y asignar personal.
SQE 3	Proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal clínico	Garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal clínico sean congruentes con las necesidades de los pacientes.

Trabajo de Fin de Máster

		Agrupador conceptual 12. Gestión de los clientes
		Agrupador conceptual 13. Prevención y control de la infección
		Agrupador conceptual 14. Investigación clínica
		Agrupador conceptual 15. Hostelería
		Agrupador conceptual 16. Almacén
		Agrupador conceptual 17. Atención social
		Agrupador conceptual 18. Educación del cliente

SQE 4	Proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal no clínico	Garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal no clínico sean congruentes con las necesidades del hospital y los requisitos del puesto.
SQE 5	Información documentada de recursos humanos para cada miembro del personal.	Un expediente de personal riguroso proporciona documentación de los conocimientos, destrezas, competencia y formación requeridas para llevar a cabo las responsabilidades del puesto.
SQE 6	Estrategia de dotación de personal para el hospital	Desarrollada por los jefes de los departamentos y servicios, identifica el número, tipo y cualificaciones que se desean del personal.
SQE 7	Todos los miembros del personal clínico y no clínico reciben orientación de sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo	Todos los miembros del personal clínico y no clínico reciben orientación al hospital, al departamento o a la unidad a la que están asignados, y a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo al ser asignados al personal.
SQE 8	Cada miembro del personal recibe formación y capacitación continuas en su puesto de trabajo y proporciona un programa de salud y seguridad laboral	Enseñar nuevas destrezas y proporcionar capacitación sobre nueva tecnología y procedimientos médicos, así como un programa de salud y seguridad laboral.
SQE 9	Designación de personal médico	Proceso uniforme y transparente de toma de decisiones para la asignación inicial de los miembros del personal médico.
SQE 10	La asignación de privilegios clínicos del personal médico	Procedimiento estandarizado, objetivo y basado en la evidencia para autorizar a los

Trabajo de Fin de Máster

		Agrupador conceptual 19. Ética y derechos del cliente
5.e	Relaciones con los clientes	Agrupador conceptual 01. Atención al cliente
		Agrupador conceptual 02. Humanización de la asistencia
6. CRITERIO: RESULTADOS EN LOS CLIENTES		
6.a	Medidas de percepción	Agrupador conceptual 01. Percepción del cliente
6.b	Indicadores de rendimiento	Agrupador conceptual 01. Objetivación de la satisfacción del cliente
7. CRITERIO: RESULTADOS EN LAS PERSONAS		
7.a	Percepción	Agrupador conceptual 01. Percepción del personal

		miembros del personal médico a ingresar y tratar pacientes
SQE 11	Evaluación y monitorización continuas de los miembros del personal médico	Proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los pacientes.
SQE 12	Reasignación del personal médico y renovación de los privilegios clínicos	Al menos cada tres años, el hospital determina, a partir de la monitorización y evaluación continuas de cada miembro del personal médico
SQE 13	Personal de enfermería	Proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales del personal de enfermería
SQE 14	Proceso estandarizado para identificar las responsabilidades del puesto y para realizar asignaciones de trabajo clínico	Responsabilidades en función de las credenciales del miembro del personal de enfermería y de cualquier requisito legal.
SQE 15	Otros profesionales del cuidado de la salud	Proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales de otros profesionales sanitarios
SQE 16	Proceso uniforme para identificar las responsabilidades del puesto y para realizar asignaciones de trabajo clínico de otros profesionales sanitarios	Responsabilidades en función de las credenciales de los otros profesionales sanitarios y en cualquier requisito legal.
GESTION DE LA INFORMACION (MOI)		
MOI 1	Gestión de la información	Planificar y diseñar procesos de gestión de la información para satisfacer las necesidades de información a brindar servicios clínicos, los líderes del hospital y quienes están fuera del hospital

Trabajo de Fin de Máster

7.b	Indicadores de rendimiento	Agrupador conceptual 01. Indicadores de aptitudes, actitudes y habilidades
8. CRITERIO: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD		
8.a/b	Percepción e indicadores de rendimiento	Agrupador conceptual 01. Difusión y promoción de la salud e impacto local
		Agrupador conceptual 02. Impacto ecológico
		Agrupador conceptual 03. Impacto en la sociedad
9. CRITERIO: RESULTADOS CLAVE		
9.a	Resultados e indicadores organizacionales clave	Agrupador conceptual 01. Resultados e indicadores organizacionales clave
9.b	Resultados e indicadores económicos clave	Agrupador conceptual 01. Resultados e indicadores económicos clave
9.c	Resultados e indicadores operacionales clave	Agrupador conceptual 01. Procesos clave

MOI 2	Mantener la confidencialidad, seguridad, privacidad e integridad de los datos y la información	Procesos para administrar y controlar el acceso a la información.
MOI 3	Determinar el tiempo de retención de la información	información acerca de datos de las historias clínicas
MOI 4	Utilizar códigos de diagnóstico y de procedimiento estandarizados	Garantizar el uso estandarizado de símbolos y abreviaturas aprobados a través del hospital.
MOI 5	Necesidades de datos e información de las personas de dentro y fuera del hospital	Satisfacer de manera oportuna en un formato que cumple con las expectativas de los usuarios y con la frecuencia deseada
MOI 6	Recibir formación y formación sobre sistemas de información, seguridad de la información y los principios del uso y la gestión de la información	El personal clínico, los responsables de la toma de decisiones y otros miembros del personal deben recibir esta formación.
MOI 7	Gestión e implementación de documentos	Los documentos, incluidas las políticas, los procedimientos y los programas, se gestionan de forma coherente y uniforme y se implementan por completo.
MOI 8	Historia clínica del paciente	El hospital inicia y mantiene un registro médico estandarizado y preciso para cada paciente evaluado o tratado y determina el contenido, el formato y la ubicación de las entradas del registro.
MOI 9	Identificación de la entrada en el registro médico.	Cada entrada del registro médico del paciente identifica a su autor y cuándo se realizó la entrada en el registro médico.
MOI 10	Evaluar periódicamente el contenido de los registros médicos de los pacientes.	Como parte de las actividades de seguimiento y mejora del rendimiento, el hospital evalúa

Trabajo de Fin de Máster

		Agrupador conceptual 02. Procesos de apoyo
9.d	Resultados e indicadores de seguridad de los pacientes	Agrupador conceptual 01. Seguridad de los pacientes

		periódicamente el contenido de los registros médicos de los pacientes.
MOI 11	Tecnologías de la información en la atención sanitaria	El liderazgo del hospital identifica a una persona calificada para supervisar los sistemas y procesos de tecnología de la información de salud del hospital.
MOI 12	Cuando se utilizan dispositivos móviles para enviar mensajes de texto, correos electrónicos u otras comunicaciones de datos e información del paciente, se mantiene la seguridad y confidencialidad de la información del paciente.	Procesos para garantizar la calidad de la atención al paciente y su seguridad y confidencialidad.
MOI 13	Desarrollar, mantener y probar un programa para responder al tiempo de inactividad planificado y no planificado	Preparar todos los departamentos y servicios con capacitación específica en tácticas e intervenciones para administrar el tiempo de inactividad en su área particular

Fuente: *Elaboración Propia*

Trabajo de Fin de Máster

Tabla 2. Principales diferencias conceptuales entre los 3 modelos de acreditación (Modelo de Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña 2023, Modelo EFQM 2020 y Modelo JCI 2021)

CONCEPTO	ACREDITACION CATALANA 2023	EFQM 2020	JOINT COMMISSION INTERNATIONAL 2021
Origen del sistema	Regional	Europeo	Americano
Alcance	Acreditación Regional, Enfocado a Hospitales de agudos	Acreditación global, Cualquier organización	Acreditación global, Enfocado a Hospitales de agudos
Sectores	Solo el sector sanitario publico	Cualquier sector productivo o de servicios	Podría aplicar al sector sanitario público y privado
Ámbitos	Hospitalaria de Agudos	Cualquier Organización	Sobre todo, atención primaria y hospitalaria
Exigencia en la mejora continua	Sí (pero no es muy claro el concepto y su metodología de evaluación)	Si (se puede dejar la acreditación a demanda)	Si (se puede dejar la acreditación a demanda)
Certificación: Cada cuanto	Recertificación cada 3 años, sin auditoría externa anual	Cada 3 años y se certifica con una Memoria y puntaje obtenido	Cada 3 años, con actualización - revisión cada 2 años
Audidores	Externos	Externos	Externos
Controles obligados anuales	No	No	No
Realización de autoevaluaciones estructuradas	Sí (Herramienta de Excel basada en evaluación y no en seguimiento de indicadores)	Sí (Herramienta Reder)	No (aunque su libro de estándares contiene elementos medibles no está informatizada)

Trabajo de Fin de Máster

Metodología de la evaluación	Metodología genérica. Auto evaluable y no exige acciones de mejora periódicas ni auditorías obligadas	Metodología genérica. Autoevaluaciones periódicas no obligadas con la Herramienta Reder	Acciones de mejora periódicas y auditorías no obligadas
Metodología: dificultad	Moderada	Media: Herramienta de diagnóstico propia muy comprensible	Moderada
Auditorías	Cada 3 años, obligadas	Cada 3 años, no obligadas	Cada 3 años, no obligadas
Voluntariedad de las auditorías	Sí (Obligatoria si desea contratar con el CatSalut), No (Sector Privado)	Sí	Sí
Acciones de mejora	Periódicas	Periódicas	Periódicas
Sistematización	Media (Criterios, subcriterios, agrupadores conceptuales y Estándares)	Media (Criterios, subcriterios, estándares)	Alta (Criterios, subcriterios, estándares)
Necesidad de elaborar procesos	Moderada	Moderada	Moderada
Herramientas informáticas: necesidad	Sí	Sí (Herramientas: Cuestionario, Matriz de evaluación por criterios y por subcriterios, Herramienta Reder que mantiene la mejor continua a través del tiempo)	No
Necesidad de apoyo de un Equipo de Calidad	Muy alta	Muy alta	Muy alta
Implementación y experiencia en Europa	Baja	Alta	Baja
Similitud con la Acreditación de otras CCAA	Sí	Sí	No
Compatibilidad entre los sistemas	No	Moderada	Moderada

Trabajo de Fin de Máster

Más comprensible por los clínicos	Sí	Sí (Guía para el sector sanitario)	Sí
Modelo: Tipología	Centrada en la Calidad Total de la organización en su conjunto	Centrada en la Calidad Total de la organización en su conjunto	Centrada en la Calidad Total de la organización en su conjunto
Interpretable: puede generar dudas	Sí, Bastante compleja	No, muy concreta y adaptable a cualquier organización	No, muy concreta
Coste de las auditorías externas	Alta	Alta	Alta
Beneficios: Principales	<p>Acredita y promueve la mejora, compromiso de la Dirección y liderazgo, fomenta la gestión del conocimiento, orientado al cliente interno y cliente externo, tiene en cuenta alianzas/relaciones de la organización, Compromiso con el entorno y la sociedad, Respeto la cultura de la organización y constituye una guía para la mejora</p>	<p>Mejora en la imagen, mayor satisfacción en los clientes, mayor compromiso y satisfacción por parte de los empleados, mayor predisposición para la innovación, fortalecimiento de proyectos de manejo de la información, beneficiarse de la retroalimentación y experiencias de otras entidades a nivel mundial, optimización en el uso de sistemas de información, mejora en competitividad/ventaja competitiva, eliminar errores optimizando resultados y recursos, reducir costes de producción y aumentar su rentabilidad, involucrar y alinear a todos los miembros de la institución para mejorar el desempeño, generar reconocimiento social y crecimiento profesional.</p>	<p>Es un modelo específico para el sector sanitario y socio sanitario, está centrado en la atención al paciente, fomenta la cultura de seguridad del paciente, evalúa todos los aspectos de la gestión, supone un importante instrumento de mejora para la organización, ofrece un reconocimiento internacional de la atención que dispensa el centro, se ajusta a las características legales, religiosas y culturales de cada país, se puede compaginar e integrar con otros sistemas internos o externos de gestión de calidad (Acreditaciones autonómicas, ISO, EFQM)</p>

Trabajo de Fin de Máster

Tabla 3. No. de Estándares por Modelo de acreditación (Modelo de Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña 2023, Modelo EFQM 2020 y Modelo JCI 2021)

Total, Estándares Acreditación Cataluña 2023	1.312
Total, Estándares EFQM 2020	189
Total Estándares JOINT COMMISSION INTERNATIONAL 2021	329

Fuente: Elaboración Propia

Trabajo de Fin de Máster

Tabla 4. Asociación de criterios, subcriterios y estándares (Modelo de Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña 2023 Y Modelo EFQM 2020)

ACREDITACION CATALANA 2023		EFQM 2020	
LIDERAZGO - ESTRATEGIA		1. CRITERIO: PROPOSITO, VISION Y ESTRATEGIA	
1.a	Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia	1.1	Definir el propósito y la visión
1.c	Los líderes se implican con los grupos de interés externos	1.2	Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés
2.a	La estrategia se basa en comprender las necesidades y expectativas de los grupos de interés y del entorno externo	1.3	Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos
2.b	La estrategia se basa en comprender el rendimiento de la organización y sus capacidades		
2.c	La estrategia y sus políticas de apoyo se desarrollan, revisan y actualizan	1.4	Desarrollar la estrategia
2.d	La estrategia y sus políticas de apoyo se desarrollan, revisan y actualizan. La estrategia y sus políticas de apoyo se comunican, implantan y supervisan		
1.b	Los líderes definen, supervisan, revisan e impulsan tanto la mejora del sistema de gestión de la organización como su rendimiento	1.5	Diseñar e implantar un sistema de gestión y de gobierno

Trabajo de Fin de Máster

LIDERAZGO - ESTRATEGIA		2. CRITERIO: CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO	
1.d	Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización	2.1	Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores
1.e	Los líderes se aseguran de que la organización sea flexible y gestionan el cambio de manera eficaz	2.2	Crear las condiciones para hacer realidad el cambio
	Nuevo subcriterio	2.3	Estimular la creatividad y la innovación
2.d	La estrategia y sus políticas de apoyo se comunican, implantan y supervisan.	2.4	Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia
PROCESOS PRODUCTOS Y SERVICIOS - PERSONAS - ALIANZAS Y RECURSOS		3. CRITERIO: IMPLICAR A LOS GRUPOS DE INTERÉS	
5.e	Las relaciones con los clientes se gestionan y mejoran	3.1	Clientes: Construir relaciones sostenibles
3.a	Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos	3.2	Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento
3.b	Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización		
3.c	Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización		

Trabajo de Fin de Máster

3.d	Las personas se comunican eficazmente en toda la organización		
3.e	Reconocimiento y atención a las personas de la organización		
	Nuevo subcriterio	3.3	Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo
	Nuevo subcriterio	3.4	Sociedad: Contribuir a su desarrollo, bienestar y prosperidad
4.a	Gestión de partners y proveedores para obtener un beneficio sostenible	3.5	Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible
PROCESOS PRODUCTOS Y SERVICIOS		4. CRITERIO: CREAR VALOR SOSTENIBLE	
5.b	Los Productos y Servicios se desarrollan para dar un valor óptimo a los clientes	4.1	Diseñar la propuesta de valor y cómo crearla
5.c	Los Productos y Servicios se promocionan y ponen en el mercado eficazmente	4.2	Comunicar y vender la propuesta de valor
5.d	Los Productos y Servicios se producen, distribuyen y gestionan	4.3	Producir y entregar la propuesta de valor
5.e	Las relaciones con los clientes se gestionan y mejoran	4.4	Diseñar e implantar un modelo de experiencia global
LIDERAZGO - ESTRATEGIA - PROCESOS PRODUCTOS Y SERVICIOS - ALIANZAS Y RECURSOS		5. CRITERIO: GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA TRANSFORMACION	

Trabajo de Fin de Máster

1.b	Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación, la mejora continua y el rendimiento del sistema de gestión de la organización	5.1	Gestionar el funcionamiento y el riesgo
2.c	La estrategia y las políticas de apoyo se desarrollan, se revisan y se actualizan		
5.a	Diseño, planificación, gestión y mejora de los procesos.		
1.e	Los líderes se aseguran de que la organización sea flexible y gestionan el cambio de manera eficaz	5.2	Transformar la organización para el futuro
4.d	Gestión de la tecnología para hacer realidad la estrategia	5.3	Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología
4.e	Gestión de la información y el conocimiento para apoyar una eficaz toma de decisiones y construir las capacidades de la organización	5.4	Aprovechar los datos, la información y el conocimiento
4.b	Gestión de los recursos económicos y financieros	5.5	Gestionar los activos y recursos
4.c	Gestión sostenible de los edificios, los equipamientos, los materiales y los recursos naturales		
RESULTADOS EN LOS CLIENTES - RESULTADOS EN LAS PERSONAS - RESULTADOS EN LA SOCIEDAD - RESULTADOS CLAVE		6. CRITERIO: PERCEPCIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	

Trabajo de Fin de Máster

6.a	Percepciones clientes	6.1	Resultados de percepción de clientes
7.a	Percepciones personas	6.2	Resultados de percepción de las personas
9.a	Percepción de los Inversores	6.3	Resultados de percepción de inversores y reguladores
8.a	Percepciones sociedad	6.4	Resultados de percepción de la sociedad
8.a	Percepciones partners y proveedores	6.5	Resultados de percepción de partners y proveedores
RESULTADOS EN LOS CLIENTES - RESULTADOS EN LAS PERSONAS - RESULTADOS EN LA SOCIEDAD - RESULTADOS CLAVE		7. CRITERIO: RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO	
6.b	Indicadores de rendimiento	7.1	Logros alcanzados en la consecución del propósito, la estrategia y la creación de valor sostenible
7.b	Indicadores de rendimiento	7.2	Cumplimiento de las expectativas de los grupos de interés clave
8.b	Percepción e indicadores de rendimiento	7.3	Rendimiento económico y financiero
9.a	Resultados e indicadores organizacionales clave	7.4	Logros en la gestión del funcionamiento y la transformación
9.b	Resultados e indicadores económicos clave	7.5	Mediciones predictivas sobre el futuro de la organización

Fuente: *Elaboración propia*

Trabajo de Fin de Máster

Buscador de Estándares del Manual de Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña

Q 85 Q

Numero	Estándar	Evidencia	Cod. Estándar	Esencial o No	Dim. Est.	Metodo EV.	Estándares Relacionados	Criterio	Subcriterio	Agrupador
85	La dirección difunde los resultados de la contribución de los proveedores a los resultados de la organización.	Hay que constatar la existencia de un programa de difusión de los resultados del programa de relación con los proveedores. Debe evidenciarse mediante la revisión de la documentación existente, de entrevistas a los líderes y de verificaciones cruzadas con los registros de una muestra de proveedores.	1c-02-D-05-Q	No Esencial	D	RD, EL, EM	-	1. Liderazgo	Subcriterio 1.c.: Los líderes se implican con las partes interesadas externas.	Agrupador conceptual 02.: Implicación en relación con los proveedores

Buscador de Estándares del Manual de Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña

Q Q entrevistas

Numero	Estándar	Evidencia	Cod. Estándar	Esencial o No	Dim. Est.	Metodo EV.	Estándares Relacionados	Criterio	Subcriterio	Agrupador
3	La misión de la organización se comunica y difunde interna y externamente, y es conocida por las personas de la organización.	Cabe comprobar que la misión se ha comunicado internamente al personal y directivos y, externamente, a los grupos de interés más relevantes. Hay que comprobar en las entrevistas si se conoce la misión y/o el lugar donde se expone o comunica. Los métodos de difusión pueden ser diversos: web, carteles, correos electrónicos, comunicados internos y externos, intranet, etc.	1a-01-D-02-E	Esencial	D	RD, EL, ED, VE	7a-01-01-01-E, 7a-01-01-02-E	1. Liderazgo	Subcriterio 1.a.: Los líderes desarrollan la misión, la visión, los valores y los principios éticos y actúan como modelo de referencia.	Agrupador conceptual 01.: Misión, visión, valores y principios éticos de la organización
21	Las responsabilidades de los líderes incluyen la gestión de su personal, y participan en la definición de criterios por a la selección del personal y en la elección de éste.	Hay que comprobar la existencia de normas generales y particulares que regulen la participación y responsabilidad de los líderes en la gestión de los recursos humanos de su unidad. La comprobación debe hacerse revisando la documentación existente y a través de entrevistas con la dirección y los líderes responsables de valoración del personal.	1b-03-E-06-E	Esencial	E	RD, ED, EL	7a-01-01-16-E	1. Liderazgo	Subcriterio 1.b.: Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación, la mejora continua y el rendimiento del sistema de gestión de la organización	Agrupador conceptual 03.: Modelo organizativo del liderazgo - Línea ejecutiva
22	Las responsabilidades de los líderes incluyen la implicación en la preparación y el seguimiento del presupuesto de la suya área o unidad funcional.	A través de entrevistas con líderes y de verificaciones cruzadas, hay que constatar la implicación de los líderes en la preparación del presupuesto y en el seguimiento presupuestario.	1b-03-E-07-Q	No Esencial	E	EL, VE	7a-01-01-16-E	1. Liderazgo	Subcriterio 1.b.: Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, la implantación, la mejora continua y el rendimiento del sistema de gestión de la organización	Agrupador conceptual 03.: Modelo organizativo del liderazgo - Línea ejecutiva

Buscador de Estándares del Manual de Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña

Q Q Nutrición

Numero	Estándar	Evidencia	Cod. Estándar	Esencial o No	Dim. Est.	Metodo EV.	Estándares Relacionados	Criterio	Subcriterio	Agrupador
819	La organización garantiza a sus clientes, de forma permanente, una nutrición en función del estado o de las necesidades nutritivas previamente evaluadas.	Comprobar que existen métodos para identificar las necesidades nutricionales de los pacientes, según su estado previo, la evolución de la enfermedad y sus necesidades individuales.	5d-10-E-01-E	Esencial	E	RD, EL	6a-01-01-02-E, 6a-01-01-03-Q	5. Procesos Productos y Servicios	Subcriterio 5.d.: Los productos y servicios se producen, distribuyen y gestionan	Agrupador conceptual 10.: Nutrición
825	Existe un seguimiento en caso de riesgo de desnutrición y/o terapia nutricional.	Comprobarlo en una muestra de, al menos, tres historias clínicas.	5d-10-D-03-E	Esencial	D	EM	9c-02-06-02-Q	5. Procesos Productos y Servicios	Subcriterio 5.d.: Los productos y servicios se producen, distribuyen y gestionan	Agrupador conceptual 10.: Nutrición
827	La elaboración de las dietas, incluida la nutrición enteral, se desarrolla en las condiciones de asepsia, higiene y limpieza necesarias.	Comprobar, durante la visita a la cocina, que se dispone de procedimientos que describen las condiciones de asepsia, higiene y limpieza, y que los procedimientos mencionados se aplican correctamente.	5d-10-D-05-E	Esencial	D	RD, CIS	-	5. Procesos Productos y Servicios	Subcriterio 5.d.: Los productos y servicios se producen, distribuyen y gestionan	Agrupador conceptual 10.: Nutrición

Figura 1. Buscador de Estándares por Número, Descripción del Estándar y Posible evidencia

Fuente: Elaboración Propia.

Trabajo de Fin de Máster

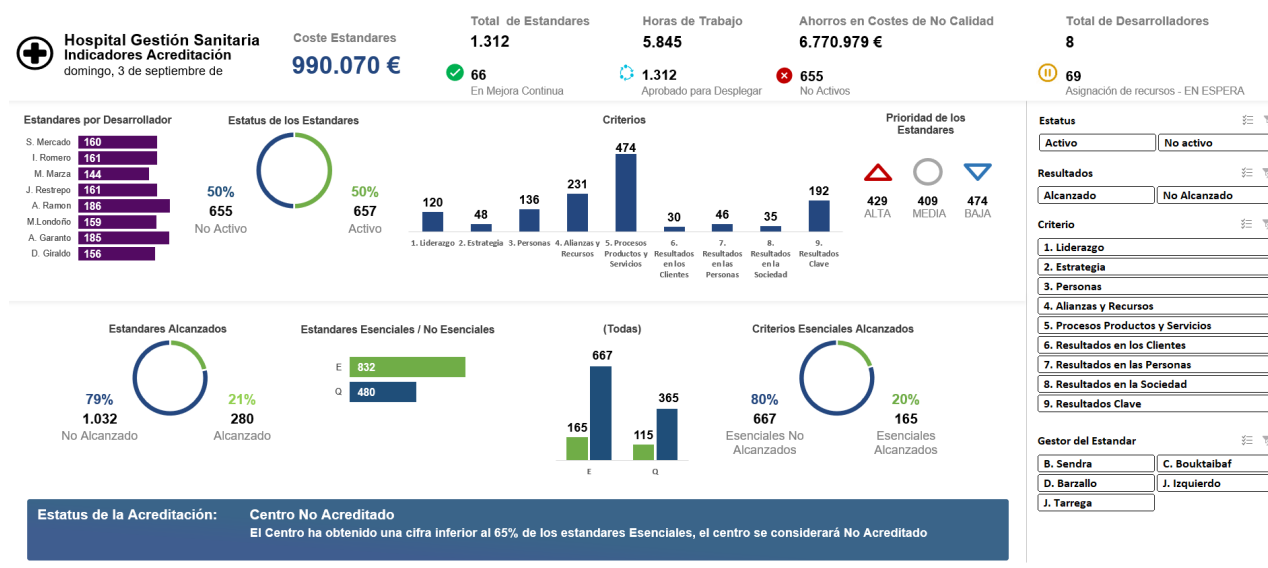
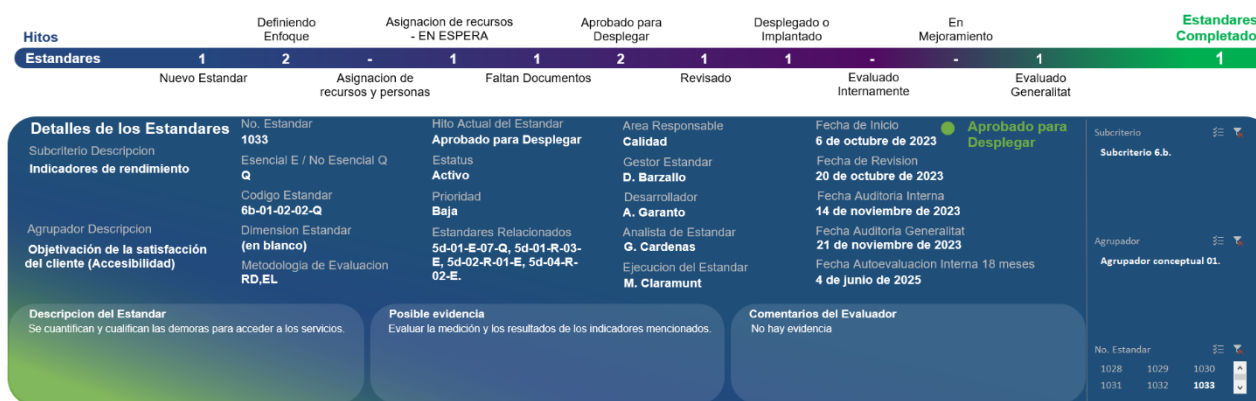


Figura 2. Cuadro de Mando Desarrollado, con Indicadores.

Fuente: Elaboración Propia

Puede Observar su Funcionamiento en el Siguiete Link:

<https://youtu.be/0ajBirdyBE0>



Trabajo de Fin de Máster

Adaptacion de 2ª edición EFQM para el sector Sanitario



Figura 3. Adaptación del EFQM al Sector Sanitario.
 Fuente: EFQM 2020, Guía para el Sector Sanitario

Trabajo de Fin de Máster

Analisis JCI Actualizado



Figura 4. Aproximación de la JCI, Según Guía EFQM para el sector Sanitario.
 Fuente: Elaboración Propia

Trabajo de Fin de Máster

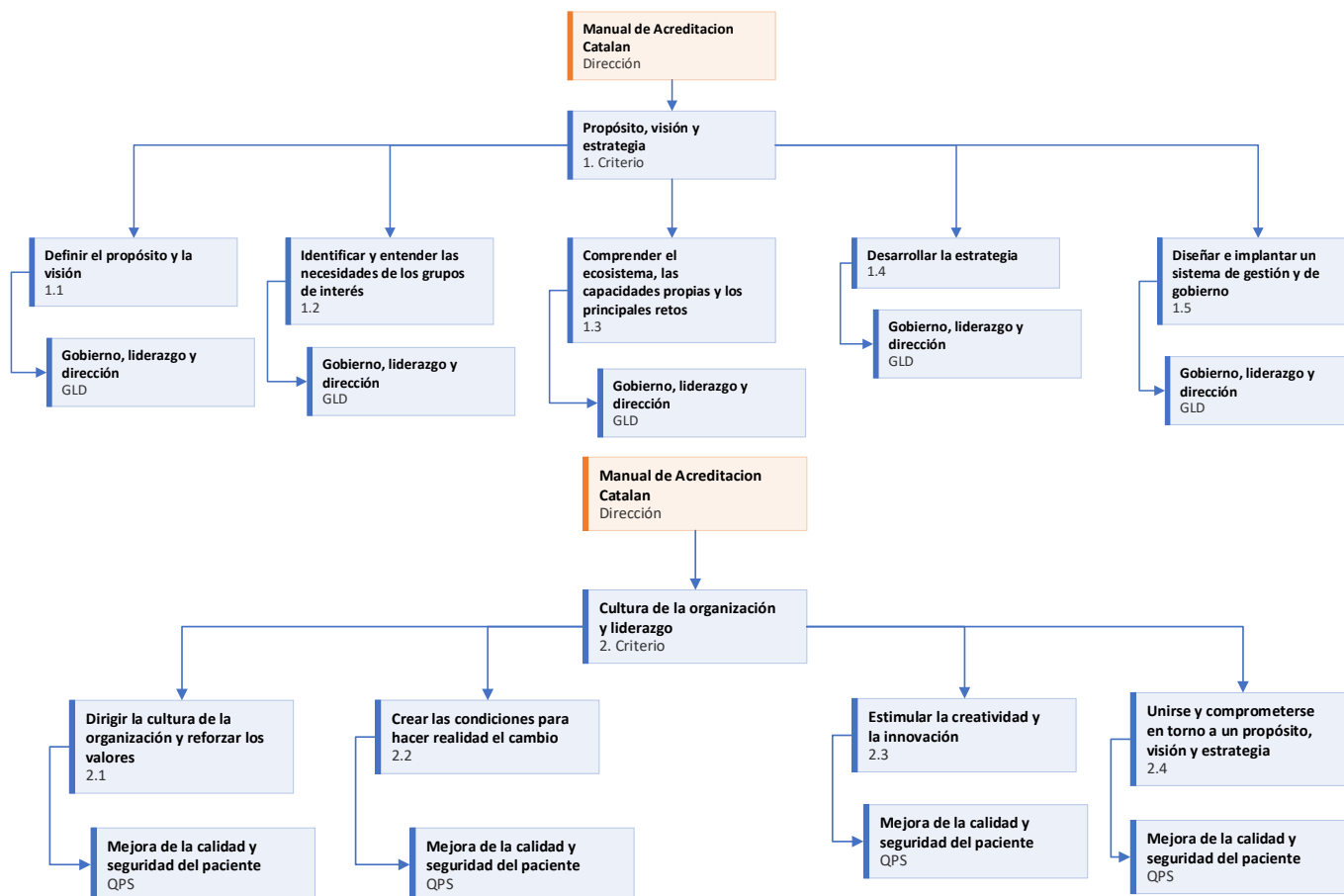


Figura 5. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterios 1 y 2.
 Fuente: Elaboración Propia.

Trabajo de Fin de Máster

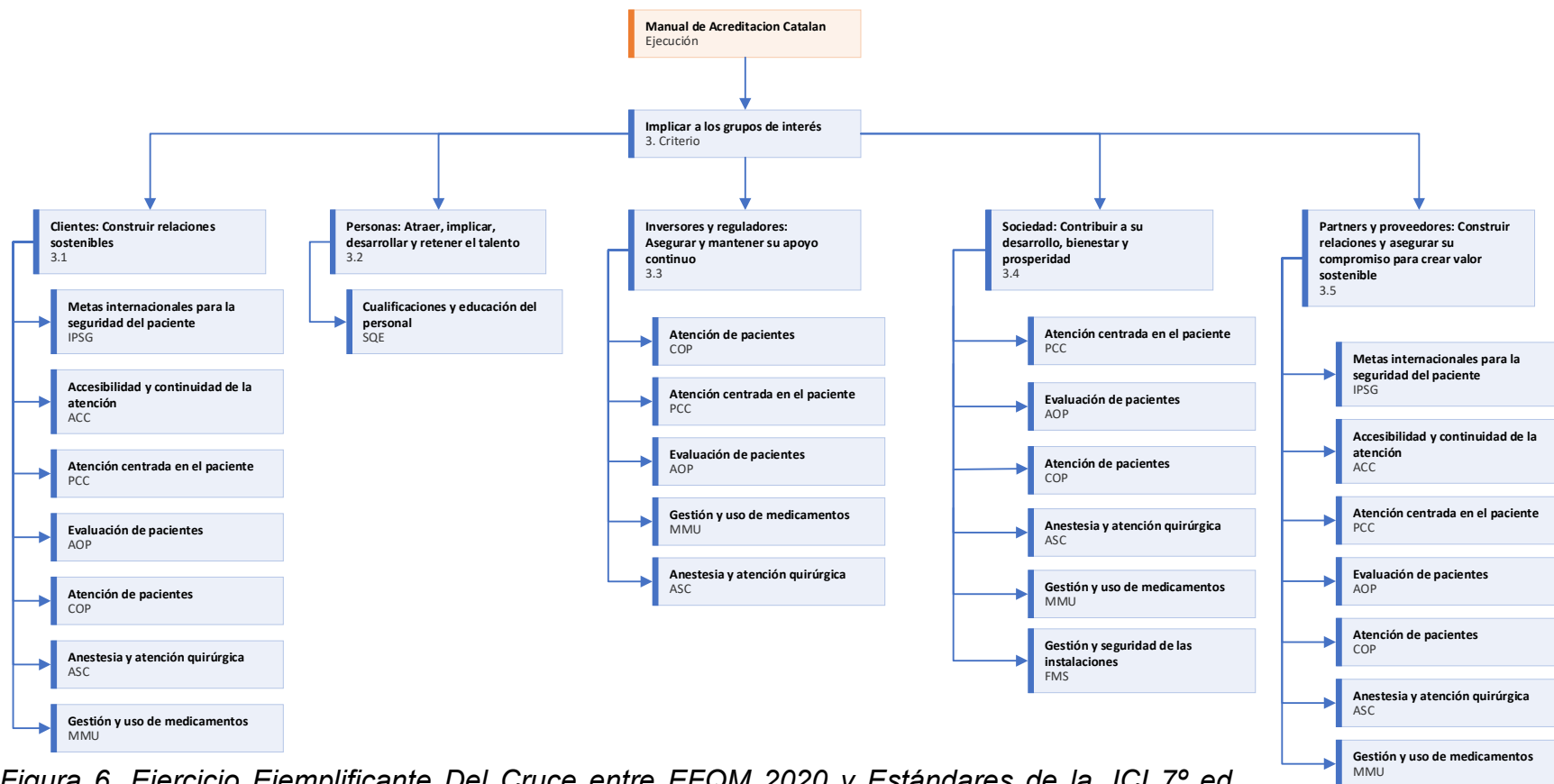


Figura 6. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterio 3

Fuente: Elaboración Propia.

Trabajo de Fin de Máster

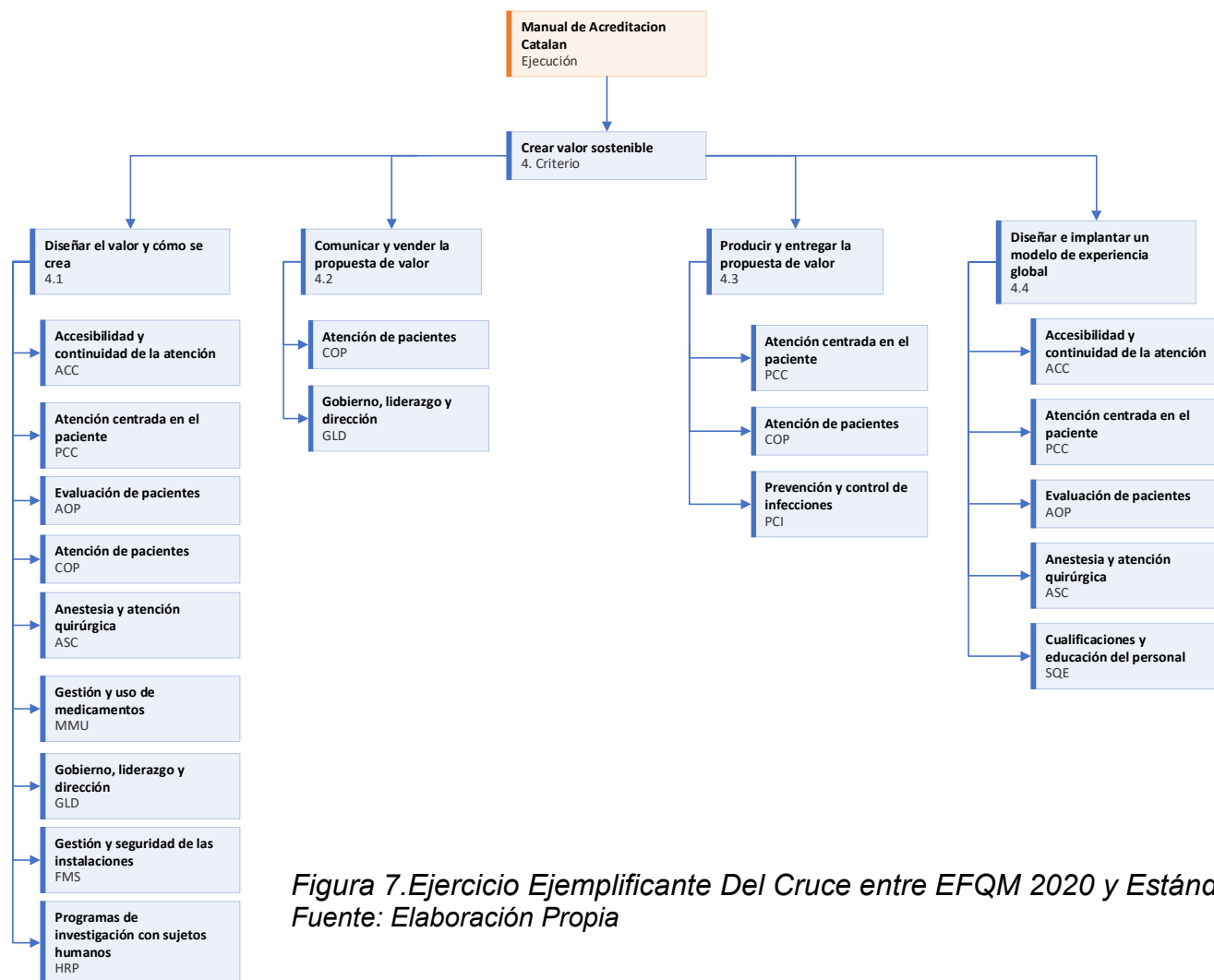


Figura 7. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterio 4.
 Fuente: Elaboración Propia

Trabajo de Fin de Máster

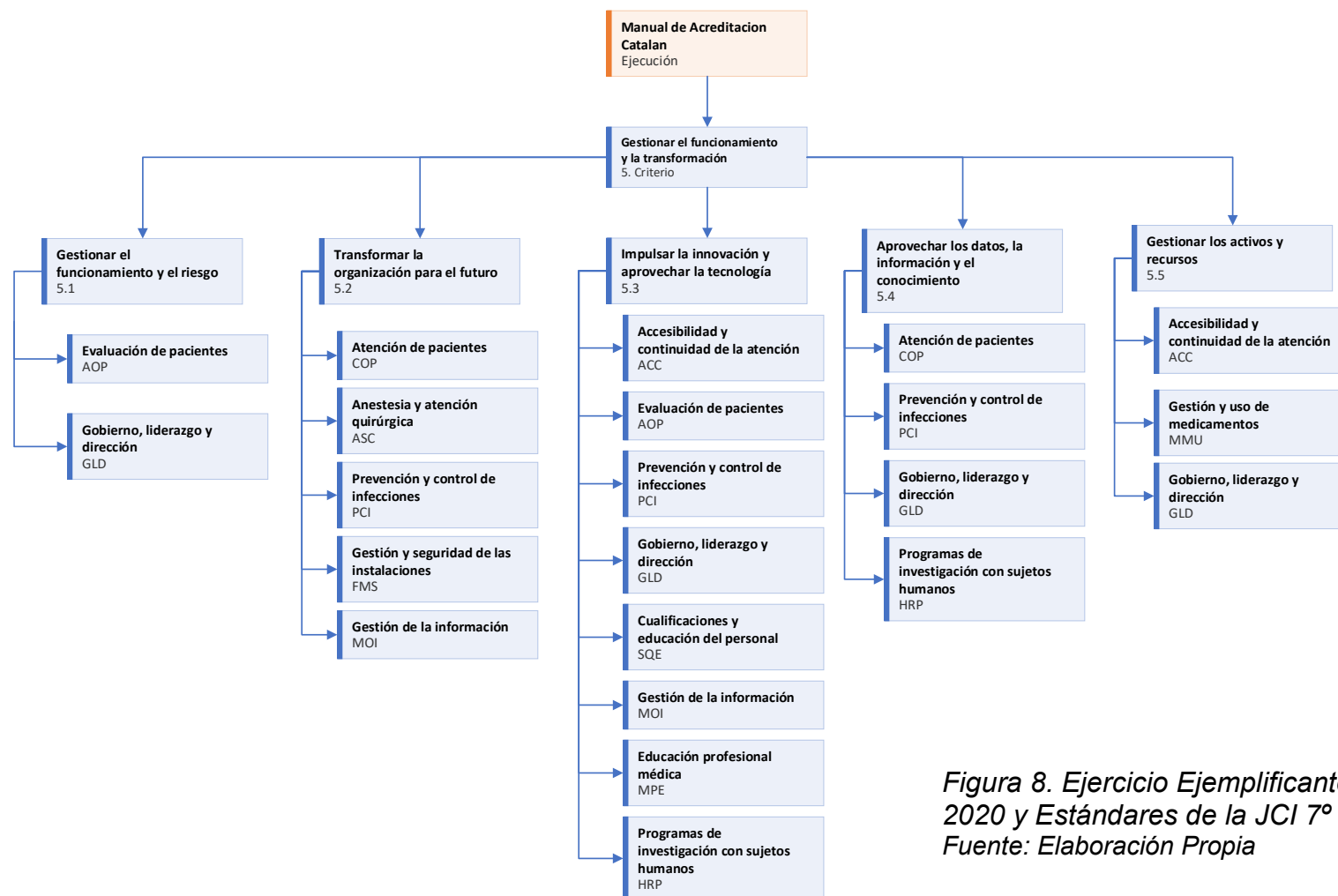


Figura 8. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterios 5.
 Fuente: Elaboración Propia

Trabajo de Fin de Máster

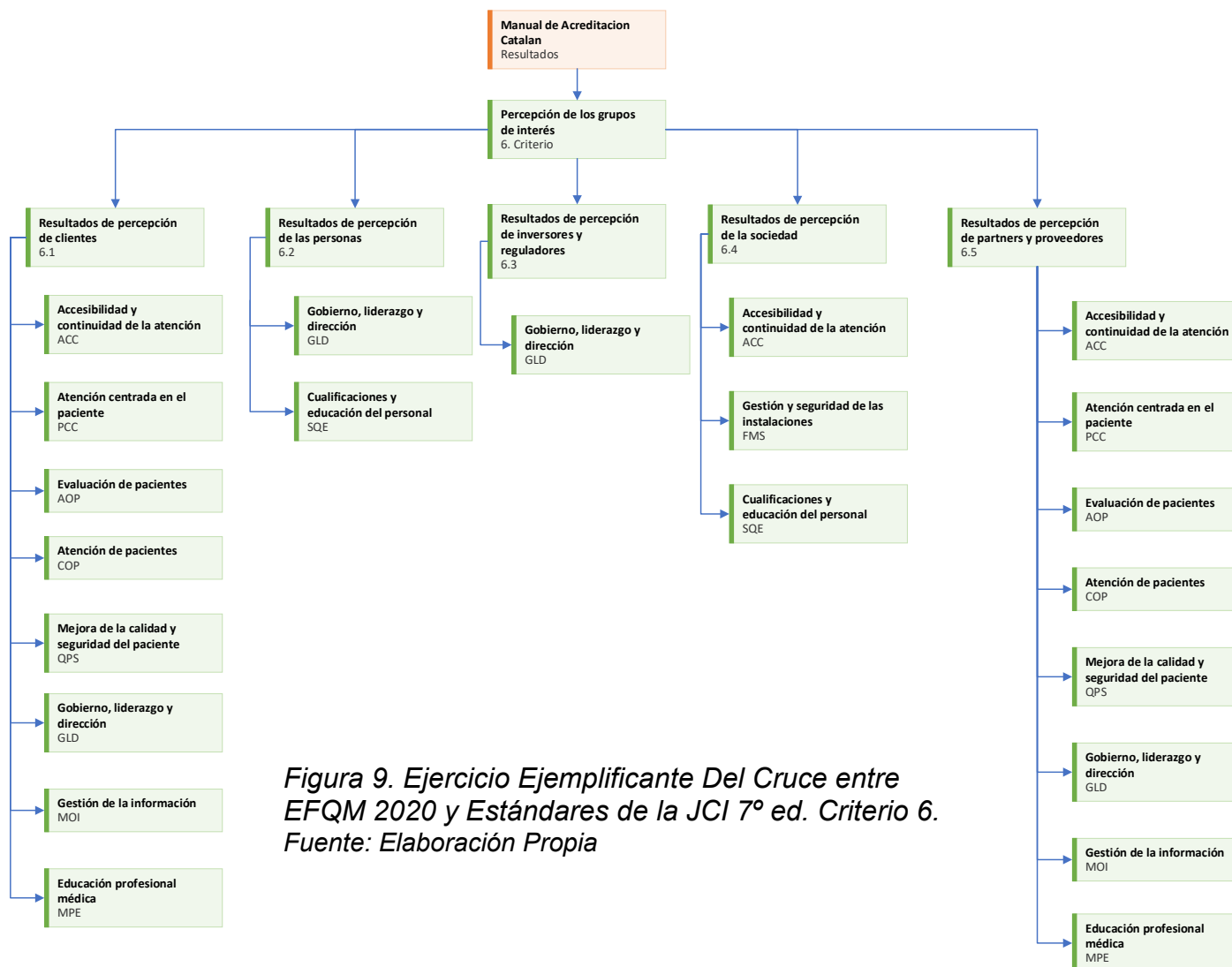


Figura 9. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterio 6.
 Fuente: Elaboración Propia

Trabajo de Fin de Máster

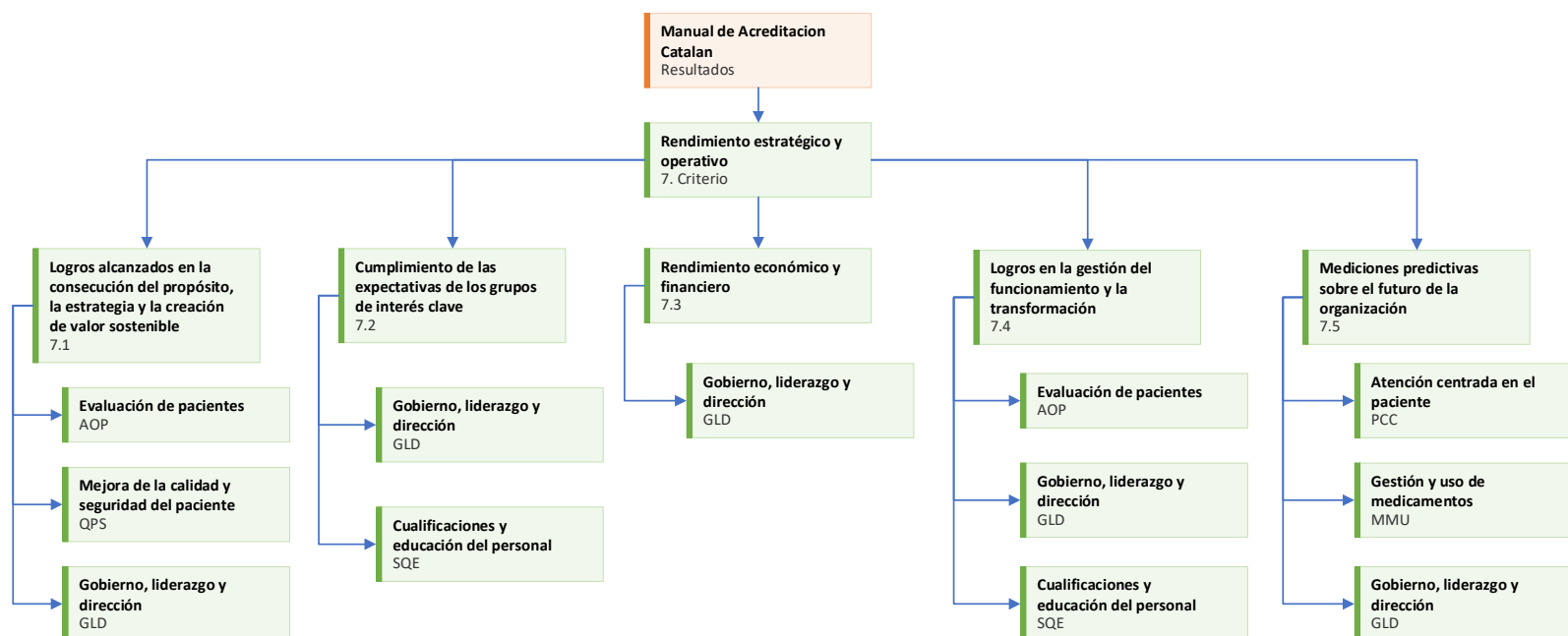


Figura 10. Ejercicio Ejemplificante Del Cruce entre EFQM 2020 y Estándares de la JCI 7º ed. Criterio 7.
 Fuente Elaboración Propia.