



Modelo de acreditación de Unidades de Calidad de centros sanitarios de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)





Sociedad Española de Calidad Asistencial

Edición 2ª. Junio de 2025

Participantes en el proyecto de creación de un modelo de acreditación de Unidades de Calidad

Coordinación

- **Andreu Aloy Duch.** Director de Planificación y Calidad del Consorci Sanitari del Maresme. Hospital Universitari de Mataró (Mataró. Barcelona). Vocal de SECA.
- **José Jonay Ojeda Feo.** Facultativo Especialista de Área en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario La Paz. Presidente de AMCA.
- **Manel Santinyà Vila.** Investigador de la Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica. Past President y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Grupo de trabajo

- **Dolores Beteta Fernández.** Subdirectora de enfermería. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Vocal de SOMUCA.
- **M^a José Castro Ruiz.** Subdirectora de enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Evaluadora Cualificada por ISQUA Secretaria de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial SADECA.
- **Mónica García Pérez.** Responsable de Calidad. Hospital Sant Joan d'Alacant. Vocal de SOVCA.
- **Amparo Giménez Requena.** Tesorera de la Sociedad Catalana de Calidad Asistencial.
- **Gema Gracia Casado.** Supervisora de Área de Calidad del Hospital Universitario Miguel Servet. Vicepresidenta de SACA.
- **Alicia Hernández Santana.** Enfermera gestora Unidad de Gestión de la Calidad. Servicio Canario de la Salud. Presidenta Asociación Canaria de Calidad Asistencial (ACCA).
- **Óscar Herráez Carrera.** Facultativo Análisis Clínicos. Vicepresidente de CALCAM.
- **María Mercedes Ortiz Otero.** Jefa de Área de Desarrollo, Calidad y Responsabilidad Social. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Vocal de AMCA.
- **Valle Quintela Porro.** Responsable Calidad del Hospital Ribera Povisa. Vocal de SOGALCA.
- **Covadonga Noriega López.** Enfermera en SESPA. Vocal de PASQAL.

Índice

1. Introducción	5
2. Antecedentes	6
3. Objetivos de la acreditación	7
Misión y objetivo principal	7
Objetivos secundarios	8
Liderazgo	8
4. Modelo de acreditación	8
Procesos de la acreditación	8
Comité de Acreditación	9
Sostenibilidad del proceso	9
5. Estándares	10
Estándares y niveles	10
Categorías: modelo	10
Listado de los 58 estándares	10
Programa “SECAcredita”	13
Niveles o grados de acreditación: porcentajes	16
Manuales: informatización	17
Manuales: puntuación	17
Certificado de la acreditación y vigencia	17
Difusión de la acreditación	17
6. Autoevaluación o auditoría interna	17
Equipo y responsable: recomendaciones	18
7. Evaluación o auditoría externa	18
Evaluación externa: procedimientos informatizados “en línea”	18
Evaluadores / auditores externos: experiencia	18
Evaluación externa: formación	19
8. Glosario de términos	19
9. Bibliografía	23

1. Introducción

El camino hacia la excelencia es fundamental para el éxito de las empresas que se dedican a la prestación de servicios sanitarios, con una firme orientación hacia la eficiencia, la seguridad y satisfacción de sus clientes, y la transparencia ante cualquier evaluación externa.

Distintas sociedades científicas han diseñado e implementado sistemas de evaluación para asegurar la calidad y competencia de sus equipos o unidades de profesionales, a partir del desarrollo procesos de acreditación mediante estándares de calidad.

De forma genérica, las certificaciones y normas UNE ISO (*International Standardization Organization*) 9001 permiten asegurar en cierta medida la gestión de la calidad, así como los modelos EFQM (European Foundation Quality Management) o Joint Comisión Internacional, que asesoran y guían a las organizaciones hacia la excelencia en sus servicios. En Europa los gobiernos, a través de sus departamentos de salud, y en España en las distintas comunidades autónomas, se utilizan algunos de los modelos anteriores o bien han creado, para evaluar la calidad de los servicios sanitarios prestados, sistemas propios de auditoría para los mismos.

El principal objetivo del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud es dar respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud, incrementando la cohesión del sistema; garantizando la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan; y asegurando que esta atención sea de la máxima calidad. El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) define en la estrategia 7 "acreditar y auditar centros y servicios sanitarios", y en la estrategia 8 "mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS". La Agencia de Calidad española, en colaboración de diferentes expertos y asociaciones, ha publicado un conjunto de documentos con "Estándares y Recomendaciones" de unidades prioritarias para el SNS. Éstos, sin carácter normativo para su apertura y/o funcionamiento, están basados en aspectos clave como: la seguridad y derechos del paciente; la organización y gestión, estructura física, recursos, así como algunos indicadores para evaluar el nivel de calidad asistencial. Algunos ejemplos de ellos son las unidades del sueño, esterilización, áreas del corazón, tratamiento del dolor, cuidados Intensivos o Urgencias, entre otras.

Si bien la acreditación debería ser un proceso voluntario, en algunos países es obligatorio para impartir docencia o poder concertar servicios sanitarios con la

administración. En muchos de ellos, los procedimientos son similares al existir una institución, sociedad u organismo independiente que desarrolla la acreditación, financiado por los centros y/o con la ayuda de los departamentos de salud correspondientes, con un comité de control interdisciplinar que elabora las guías y procedimientos a seguir. Los centros inicialmente se autoevalúan, con una auditoría externa final de comprobación que la realizan generalmente profesionales de otros centros, donde al final se emite un certificado acreditativo vigente por un tiempo determinado.

Actualmente no existe ningún tipo de acreditación propia y específica para aquellos equipos que se dedican a asesorar sobre la metodología de la calidad asistencial en los centros sanitarios en el mundo. Estos equipos, denominados en el sentido genérico y amplio, no jerárquico ni estructural, como Unidades de Calidad (UC), desarrollan en España un papel fundamental en cualquiera de los ámbitos de la sanidad: atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria y salud mental.

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) ha trabajado desde su fundación en asesorar a los profesionales en todos aquellos aspectos de la calidad asistencial y, sobre todo, en su vertiente más importante relativa a la seguridad de los pacientes. Así, la SECA ha elaborado unas recomendaciones, a través de unos estándares de calidad, con aquellos requisitos que deben reunir los equipos y los profesionales que se dedican a la misma, para alcanzar y mantener sus competencias, implementando un proceso de acreditación y re-acreditación en calidad asistencial. Acreditarse debe significar obtener un reconocimiento, expreso y público.

Este modelo pretende dar respuesta al sistema de acreditación para reconocer la excelencia de las Unidades de Calidad e impulsar su mejora. Ser de utilidad tanto para los equipos o unidades de calidad y profesionales que quieren acceder al mismo a través de una autoevaluación, como para los auditores que han de validar y evaluar dichos estándares.

2. Antecedentes

- **Entre 2015 y 2017.**
 - Se elaboró una primera propuesta de estándares (Metaplan, Delphi y Simulación), con la participación de 125 coordinadores españoles. Se validaron en contenido, constructo, apariencia y criterio.
 - Se creó una versión Excel de herramienta informatizada con un ciclo de mejora continua incorporado.

- **Entre 2018 y 2019.**
 - Se realizó un estudio piloto multicéntrico de implementación con la participación 7 Comunidades Autónomas y 21 centros (25% de atención primaria, 3% de salud mental, 9 % sociosanitarios, y 63% hospitalarios).



- **Entre 2023 y 2024.**
 - Se revisaron los estándares con un nuevo grupo de trabajo, con la participación de 23 coordinadores españoles de unidades de calidad, mediante un estudio Delphi y validación de contenido de los estándares resultantes.
 - Se concluyó con el listado final de 58 estándares distribuidos en 5 categorías.

3. Objetivos de la acreditación

Misión y objetivo principal

Ofrecer a las Unidades de Calidad (UC) un modelo de acreditación, desde la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), a partir de la implementación de unos estándares para asegurar y mejorar el funcionamiento y la capacidad de los equipos y profesionales, que asesoran a los centros sanitarios en los sistemas de mejora y evaluación de la calidad.

Objetivos secundarios

- Ayudar a alcanzar la excelencia en todas las dimensiones de la calidad asistencial de las UC, haciendo hincapié en la seguridad de los pacientes y la eficiencia en la gestión y en los resultados de salud.
- Ofrecer un modelo que asesore y ayude a las UC y a las instituciones en la toma de decisiones en la gestión de la calidad.
- Elevar el prestigio de las UC y de los profesionales que se dedican a la gestión de la calidad.
- Utilizar los estándares como instrumento de mejora, formación y docencia para las UC.
- Potenciar la creación de estas UC en la mayoría de centros sanitarios.
- Establecer un sistema de evaluación voluntario, independiente, objetivo, transparente, sólido, riguroso y consensuado para aquellas UC que la soliciten.
- Emitir y renovar un certificado de acreditación para las UC.

Liderazgo

El liderazgo del proceso de acreditación y su organización lo realiza la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

4. Modelo de acreditación

La SECA dispone de un modelo que regula todo el proceso de acreditación de las UC, con los siguientes factores y agentes clave:

- la Junta directiva de la SECA,
- el Comité de Acreditación designado por la junta directiva de la SECA,
- el Manual con los estándares y la metodología de acreditación,
- los procedimientos informatizados “en línea” para evaluar y acreditar, y
- los evaluadores.

Procesos de la acreditación

La SECA define los procesos en la acreditación de las UC:

- A. PROCESOS CLAVE:

1. Autoevaluación o auditoría interna.
 2. Evaluación o auditoría externa.
 3. Acreditación.
- B. PROCESOS ESTRATÉGICOS:
1. Comité de acreditación.
 2. Guías (modelo / procedimientos informatizados “en línea” / circuitos... para la acreditación).
 3. Formación.
- C. PROCESOS DE SOPORTE:
1. Profesionales (formadores, consultores y auditores).
 2. Secretaría técnica.
 3. Sistemas de información: herramienta de autoevaluación y auditoría.

Comité de Acreditación

Existe un comité de acreditación nombrado, elegido y constituido por la SECA, con los objetivos de elaborar, difundir, implementar, revisar y actualizar periódicamente el modelo de acreditación.

El comité está constituido por miembros de la SECA con méritos reconocidos, designados por unanimidad por la Junta de SECA, imparciales e independientes.

Las funciones del comité, delegadas por la Junta de SECA, consisten en:

- Elaborar el modelo de acreditación.
- Difundir el modelo.
- Implementar el modelo con:
 - Elaboración de los procedimientos y formularios específicos.
 - Implementación y mantenimiento de la herramienta de evaluación SECAcredita.
 - Constitución de un equipo auditor: gestión y formación del mismo.
 - Liderazgo y promoción de las autoevaluaciones internas y las auditorías externas de las UC.
- Revisión y actualización del modelo y sus estándares periódicamente.

Sostenibilidad del proceso

El proceso de acreditación tiene que ser eficiente y no gravoso económicamente tanto para la SECA, como para las comunidades autónomas, como para los centros que quieran optar a la misma.

5. Estándares

La acreditación se basa en un sistema organizado de estándares, basados en los principales procesos y funciones que realizan las UC en los centros sanitarios españoles.

Estándares y niveles

De la revisión de 2023 resultaron, finalmente en 2024, un total de 58 estándares:

- 31 estándares básicos, de obligado cumplimiento para la acreditación.
- 27 estándares avanzados, para acceder a un nivel superior de acreditación.

Categorías: modelo

Las categorías en las que se clasifican los estándares se basan en un modelo propio, con 5 criterios y un ciclo de mejora continua.



Categorías

Las 5 categorías en las que se agrupan los estándares son:

Categorías de "estructura":

1. Liderazgo y estrategia
2. Profesionales
3. Procesos y actividades
4. Resultados en pacientes, profesionales y sociedad
5. Resultados clave

Listado de los 58 estándares

En **negrita** los estándares BÁSICOS.

1. **Liderazgo y estrategia.**

- 1.1. Existe un equipo o "Unidad de Calidad" que participa, coordina y asesora metodológicamente al centro en la definición y ejecución de los planes y actividades de Calidad. **Básico.**

1.2. Existe un responsable de la Unidad de Calidad con sus competencias (perfil profesional), funciones y responsabilidades descritas. Básico.

1.3. El responsable de la Unidad de Calidad es evaluado, periódicamente por la Dirección ejecutiva, a partir de unos criterios explícitos de competencias. Avanzado.

1.4. La Unidad de Calidad, de acuerdo con la Dirección ejecutiva, ha identificado las expectativas y necesidades de los grupos de interés de la unidad, y las incorpora a la planificación de los objetivos de la unidad. Avanzado.

1.5. La Dirección ejecutiva define la estructura y dimensión de la Unidad de Calidad, el perfil, la descripción de los puestos de trabajo, y competencias de sus profesionales y sus funciones, asesorada por el responsable de Calidad. Avanzado.

1.6. La Unidad de Calidad, junto a la Dirección ejecutiva establece de forma consensuada con otros equipos del centro, la selección y designación de profesionales referentes de Calidad, sus competencias, sus funciones y su coordinación con la Unidad de Calidad. Avanzado.

1.7. La Unidad de Calidad, con la aprobación de la Dirección ejecutiva, colabora en la definición e identificación del mapa de procesos de la unidad, alineado y coherente con el Plan de Calidad Institucional. Básico.

1.8. La Unidad de Calidad dispone de un conjunto propio de indicadores que le permite monitorizar su actividad y rendimiento. Básico.

1.9. La Unidad de Calidad propone los objetivos operativos de los procesos de la unidad, alineados con el Plan Estratégico Institucional, aprobados conjuntamente con la Dirección ejecutiva, e identificando los recursos humanos, técnicos, estructurales y/u organizativos necesarios. Básico.

1.10. Al desarrollar los objetivos de la Unidad de Calidad, se consideran los resultados, las tendencias y las comparaciones de los indicadores de la unidad, y las oportunidades de mejora detectadas en los años anteriores. Básico

1.11. La Unidad de Calidad participa en la formulación de los objetivos estratégicos y/o operativos del centro relacionados con las dimensiones de la Calidad. Básico.

1.12. La Unidad de Calidad, individual o conjuntamente con el resto del centro, está autorizada, certificada o acreditada a través de algún tipo de sistema de gestión de la Calidad. Avanzado.

1.13. El Plan de Calidad Institucional, coherente con el Plan Estratégico Institucional, está documentado, vigente, aprobado y liderado por la Dirección ejecutiva, con la participación, coordinación y asesoramiento de la Unidad de Calidad. Básico.

1.14. El Plan de Calidad Institucional se difunde y se comunica adecuadamente a todos los grupos de interés del centro, con el liderazgo de la Dirección ejecutiva y el asesoramiento de la Unidad de Calidad. Básico.

1.15. El Plan de Calidad Institucional del centro incluye indicadores relacionados con las dimensiones de la calidad y la Unidad de Calidad asesora en su implementación. Básico.

1.16. El Plan de Calidad Institucional del centro define una sistemática documentada para la implementación de acciones de mejora en materia de Calidad. Avanzado.

1.17. Se difunden y/o comunican internamente los resultados de los indicadores del Plan de Calidad Institucional del centro. Básico.

2. Profesionales.

2.1. El Plan de Formación del centro incluye acciones formativas para el personal sobre calidad y sus dimensiones. Básico.

2.2. El Plan de Formación del centro prevé la formación de formadores en materia de calidad y sus dimensiones. Avanzado.

2.3. El Plan de Formación del centro, en materia de calidad y sus dimensiones, dispone de un conjunto de indicadores para su evaluación. Avanzado.

2.4. Los profesionales de la Unidad de Calidad participan en la formación continuada periódica de los profesionales del centro en temas de calidad y sus dimensiones. Básico.

2.5. La Unidad de Calidad participa en la formación inicial de los profesionales de nueva incorporación en temas de calidad y sus dimensiones. Básico.

2.6. Existen grupos de trabajo interdisciplinares (comisiones, comités, grupos de trabajo o grupos de mejora, entre otros) en coordinación con la Unidad de Calidad, orientados a mejorar las actividades del centro, en materia de calidad y sus dimensiones. Básico.

3. Procesos y actividades.

3.1. La Unidad de calidad dispone de las infraestructuras e instalaciones necesarias para el desarrollo adecuado de sus funciones y procesos. Básico.

3.2. La Unidad de Calidad planifica y propone las necesidades de recursos anuales, y la Dirección ejecutiva facilita y garantiza su asignación. Básico.

3.3. La Unidad de Calidad promueve, con la aprobación de la Dirección ejecutiva, acuerdos, colaboraciones o convenios con entidades externas vinculadas con la calidad, para dar respuesta al Plan de Calidad Institucional y a las necesidades de sus grupos de interés. Avanzado.

3.4. La Unidad de Calidad dispone de recursos y sistemas de Tecnología de la Información y Comunicación que le permite realizar sus funciones. Básico.

3.5. Los procesos de la Unidad de Calidad, descritos en un mapa de procesos, tienen asignados responsables / propietarios. Básico.

3.6. La Unidad de Calidad tiene documentadas y actualizadas las guías propias de la unidad que aplican en cada uno de sus procesos / actividades. Básico.

3.7. La Unidad de Calidad evalúa la adherencia a las guías de la unidad. Avanzado.

3.8. La Unidad de Calidad, asesora, participa y colabora en la identificación, registro, análisis, indicadores, propuesta de acciones de mejora y revisión, sobre los procesos de Seguridad Clínica que el centro gestione. Básico.

3.9. La Unidad de Calidad participa en el análisis, evaluación y propuestas de acciones de mejora sobre los resultados de la Experiencia del Paciente en el centro. Avanzado.

3.10. La Unidad de Calidad elabora una memoria anual de actividades que se presenta a la Dirección ejecutiva con toda la información relevante sobre la gestión de la unidad. Básico.

3.11. La Unidad de Calidad participa en las auditorías, y/o autorizaciones, y/o certificaciones, y/o acreditaciones que se realizan en el centro en materia de calidad. Básico.

3.12. La Unidad de Calidad realiza el seguimiento de los indicadores clave de su unidad, evalúa las tendencias, las comparativas internas y externas, los objetivos, e implementa áreas de mejora. Básico.

3.13. La Unidad de Calidad dispone de un procedimiento para la comunicación y difusión de los resultados de sus indicadores clave a todo el centro. Avanzado.

3.14. La Unidad de Calidad realiza el seguimiento de los indicadores clave del Plan de Calidad Institucional, evalúa las tendencias, las comparativas internas y externas de los indicadores, los objetivos, y participa en la propuesta de áreas de mejora. Avanzado.

3.15. La Unidad de Calidad asesora o participa en la estrategia y metodología sobre la gestión por procesos del centro. Básico.

3.16. La Unidad de Calidad asesora en la evaluación del funcionamiento de los grupos y equipos asesores de trabajo (comisiones, comités, grupos de trabajo o grupos de mejora, entre otros) definidos en el centro. Avanzado.

4. Resultados en pacientes, profesionales y sociedad

4.1. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre los usuarios, pacientes o ciudadanos que han participado en actividades de formación en algunas de las dimensiones de la calidad, con la participación de la Unidad de Calidad. Avanzado.

4.2. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre los usuarios, pacientes o ciudadanos que han participado en grupos de trabajo sobre temas de calidad con la participación de la Unidad de Calidad. Avanzado.

4.3. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre la formación recibida o impartida por los profesionales de la Unidad de Calidad en cualquiera de las dimensiones de la calidad. Básico.

4.4. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre la eficacia de las acciones formativas recibidas o impartidas de sus profesionales para mantener y mejorar sus competencias. Avanzado.

4.5. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre el grado competencial de los profesionales de la Unidad de Calidad al menos de forma cuatrienal. Avanzado.

4.6. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre la participación de los profesionales de la Unidad de Calidad en actividades de investigación y/o innovación. Avanzado.

4.7. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre la experiencia de los profesionales del centro con los servicios recibidos por la Unidad de Calidad. Básico.

4.8. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre la participación anual de la Unidad de Calidad en actividades de otras Unidades de Calidad, sociedades, asociaciones u otras instituciones de calidad locales, nacionales y/o Internacionales. Avanzado.

4.9. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre las apariciones o menciones anuales en medios de comunicación o redes sociales, relacionadas con las actividades propias de la Unidad de Calidad. Avanzado.

4.10. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre las comunicaciones o publicaciones anuales de la Unidad de Calidad. Avanzado.

4.11 Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre los premios o reconocimientos anuales que la Unidad de Calidad ha otorgado a otras personas o instituciones, o que ha recibido, directa o indirectamente, de entidades externas al centro. Avanzado.

5. Resultados clave

5.1. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre el grado de cumplimiento y efectividad de los indicadores y de los objetivos internos planificados por la Unidad de Calidad. Básico.

5.2. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales planificados en el Plan de Calidad Institucional del centro. Básico.

5.3. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre los objetivos alcanzados por los grupos y equipos asesores de trabajo (comisiones...), con el asesoramiento de la Unidad de Calidad. Avanzado.

5.4. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre el grado de actualización de las guías y de otros documentos estandarizados existentes propios de la Unidad de Calidad. Avanzado.

5.5. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre el grado de cumplimiento o adherencia a las guías y a otros documentos estandarizados existentes propios de la Unidad de Calidad. Avanzado.

5.6. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre las líneas estratégicas de seguridad del paciente en las que participa la Unidad de Calidad. Básico.

5.7. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre el grado de difusión interna o externa de los resultados de calidad. Avanzado.

5.8. Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre el grado de participación de la Unidad de Calidad en los procesos o actividades de auditoría, autorización, acreditación y/o certificación en materia de calidad del centro. Básico.

Programa “SECAcredita”

Se dispone de un programa informático que contiene los estándares, y permite evaluar la consecución de los estándares, automatiza los resultados mediante porcentajes, y facilita las autoevaluaciones y las auditorías externas.

El programa está constituido por diferentes apartados:

- Documentos de soporte:
 - Introducción
 - Estrategia de acreditación
 - Evaluación
 - Glosario
 - Bibliografía
- Herramienta de evaluaciones (autoevaluaciones y auditorías externas).
- Herramientas de gestión del programa.

Ejemplos para las distintas categorías del programa SECAcredita.

Ejemplo para las categorías 1, 2 i 3.

- **Ejemplo para el estándar 1.1.**
 - **Liderazgo y estrategia.**
 - **Unidad o Equipo de Calidad.**
 - **Estándar.** Existe un equipo o "Unidad de Calidad" que participa, coordina y asesora metodológicamente al centro en la definición y ejecución de los planes y actividades de calidad.
 - **Nivel de estándar:** Básico.
 - **Evidencia.** Existen actas y/o documentos y/o organigramas o un plan o programa estratégico periódico de la Unidad de Calidad, con los datos del estándar solicitados.
 - **Ejemplo:** Documento estratégico sobre la Unidad de Calidad, periódico, vigente y con la validación de la Dirección ejecutiva, en el cuál se describe la misión, objetivos estratégicos, funciones de sus profesionales, organigrama, listado y descripción de los procesos, procedimientos e indicadores.
 - **Respuestas.**

1	¿Evidencia de DOCUMENTO/S y/o ACTIVIDAD/ES sobre su IMPLEMENTACIÓN o REALIZACIÓN?	<input type="text" value="Sí o no aplica"/>
2	¿Evidencia de su IMPLEMENTACIÓN en ≥ 75% de las ÁREAS RELEVANTES de la organización?	<input type="text" value="Sí o no aplica"/>
3	¿Evidencia de su REVISIÓN PERIÓDICA no superior a 5 años?	<input type="text" value="Sí o no aplica"/>
4	¿Evidencia de UNO o VARIOS INDICADORES MEDIDOS, Y/O realización de UNA o VARIAS ACCIONES DE MEJORA?	<input type="text" value="Sí o no aplica"/>

Justificación y/o nombre del documento justificativo de la evidencia de cumplimiento

Enlace para enviar el documento justificativo de la evidencia de cumplimiento

Documento

CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE LAS CATEGORÍAS 1, 2 y 3. Se considera cada estándar como APTO en estas categorías, cuando cumple al menos con 3 de las 4 respuestas descritas.

- **La respuesta solicitada para estas categorías, puede ser:**
 - **“Sí o No aplica”:** cuando se considera que, o bien el estándar se cumple en esa respuesta y se puede justificar documentalmente (“Sí”), o bien en algún caso excepcional el centro evaluado podría explicar y justificar alguna “no aplicabilidad” en algún estándar, dadas las características del centro.
 - **“NO”:** cuando se considera que el estándar NO se cumple en esa respuesta y NO se puede justificar documentalmente.
- **Por ejemplo:**
 - De las 4 respuestas descritas, al menos 3 deben ser “Sí o no aplica”.

Ejemplo para las categorías 4 y 5.

- **Ejemplo para el estándar 4.3.**
 - **RESULTADOS EN PACIENTES, PROFESIONALES Y SOCIEDAD.**
 - **Formación recibida o impartida por la Unidad de Calidad.**
 - **Estándar.** Se miden los resultados y se realizan acciones de mejora sobre la formación recibida o impartida por los profesionales de la Unidad de Calidad en cualquiera de las dimensiones de la Calidad.
 - **Nivel de estándar: Básico.**
 - **Evidencia.** Existen actas y/o documentos y/o memorias y/o informes con indicadores de la formación recibida o impartida por la Unidad de Calidad y acciones de mejora realizadas.
 - **Ejemplo:** Documentos, actas y/o informes con los indicadores anuales y las acciones de mejora realizadas, sobre la formación recibida o impartida (cursos, sesiones, congresos, jornadas, ponencias, mesas redondas, entre otras).
 - **Respuestas.**

- 1 Durante los últimos 5 años, se ha EVALUADO el INDICADOR anual del estándar, y con un mínimo de 4 años evaluados en total
- 2 Durante los últimos 5 años, se han ALCANZADO un mínimo de 3 OBJETIVOS o METAS internas o externas previstas del indicador anual del estándar
- 3 Durante los últimos 5 años, se observan tendencias positivas o sostenidas en 2 de los 3 últimos indicadores anuales

Justificación y/o nombre del documento justificativo de la evidencia de cumplimiento

Enlace para enviar el documento justificativo de la evidencia de cumplimiento

Documento

Seleccionar documento

Quitar documento

Guardar y continuar

Guardar y finalizar

CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE LAS CATEGORÍAS 4 y 5. Se considera cada estándar como APTO en estas categorías, cuando todas las 3 respuestas descritas cumplen con su criterio mínimo.

- **Por ejemplo:**
 - Cuando se cumplen todos y cada uno de:
 - Como mínimo los 3 años de la respuesta 1,
 - Como mínimo 2 objetivos o metas de la respuesta 2 y,
 - Como mínimo los 2 últimos indicadores anuales de la respuesta 3.

Niveles o grados de acreditación: porcentajes

El programa ofrece, dependiendo del número de estándares básicos y avanzados alcanzados, tres grados o niveles de acreditación, según los estándares cumplidos:

a. ACREDITACIÓN BÁSICA

- a. $\geq 80\%$ (25 estándares básicos cumplidos).

b. ACREDITACIÓN AVANZADA

- a. Estándares básicos = 100% (los 31 estándares básicos cumplidos),
MÁS
- b. Estándares avanzados \geq 50% (14 estándares avanzados cumplidos)
- c. **ACREDITACIÓN DE EXCELENCIA**
 - a. Estándares básicos = 100% (los 31 estándares básicos cumplidos),
MÁS
 - b. Estándares avanzados \geq 80% (22 estándares avanzados cumplidos)

Manuales: informatización

Los manuales y los cuestionarios de autoevaluación/auditoría interna y de la evaluación/auditoría externa están informatizados.

Manuales: puntuación

Los cuestionarios de autoevaluación/auditoría interna y de la evaluación/auditoría externa contienen un sistema de puntuación automático final basado en el "apto" o "no apto" para cada estándar.

Certificado de la acreditación y vigencia

El certificado de acreditación es emitido por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), cada 4 años después de cada proceso de re-acreditación de los equipos.

Difusión de la acreditación

La SECA, periódicamente, realizará campañas de difusión entre sus socios y los equipos de calidad españoles, así como difundirá en sus congresos los equipos acreditados.

6. Autoevaluación o auditoría interna

En el proceso de acreditación, el centro realiza y envía a la SECA durante el período establecido, conjuntamente, la autoevaluación / auditoría interna con los resultados introducidos en la herramienta informática administrada y, anexo a la misma el enlace a las evidencias documentadas justificativas del cumplimiento de los estándares.

Para acceder a la herramienta informática de SECAcredita, el centro aspirante a utilizarla deberá solicitar su acceso a la misma mediante una carta de la dirección ejecutiva de su

centro, dirigida a la Secretaria técnica / Comité de Acreditación. Estos, autorizarán y proporcionarán las claves de acceso al centro.

Equipo y responsable: recomendaciones

- El equipo de la Unidad de Calidad, liderada por su responsable, realizará la autoevaluación con un número de profesionales entre 2 y 6, dependiendo de la dimensión de la unidad. En equipos de calidad pequeños se recomienda incorporar profesionales de otras unidades concienciados en la gestión de la calidad, para colaborar en la autoevaluación.
- Un moderador externo puede facilitar el trabajo de autoevaluación.
- El líder de la autoevaluación realizará, a los miembros del equipo, una formación básica sobre todo el proceso, el manual y la base de datos.
- El equipo consensuará las puntuaciones de cada categoría y rellenará la puntuación definitiva a enviar.

7. Evaluación o auditoría externa

Evaluación externa: procedimientos informatizados “en línea”

La SECA dispone de un procedimiento que regula la actividad de la evaluación / auditoría externa, para las UC que la soliciten.

La auditoría externa, dependiendo del nivel de acreditación solicitado, puede ser:

- En línea
- En línea y presencial
- Presencial

Evaluadores / auditores externos: experiencia

Los profesionales evaluadores / auditores externos son designados y dependen directamente del Comité de Acreditación, tienen una experiencia mínima de 5 años en el liderazgo de equipos de calidad, han realizado una formación oficial en calidad asistencial (postgrado o máster) y tienen experiencia previa con un mínimo de 2 procesos como evaluadores / auditores / auditores (ISO, EFQM, *Joint Commission*...).

Evaluación externa: formación

La formación de los profesionales que realizan la evaluación / auditoría externa está liderada, evaluada y certificada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

Los profesionales auditores han realizado el curso de formación de auditoría organizado por la SECA y son acreditados por dicha sociedad (certificado de auditor de la SECA).

8. Glosario de términos

Por orden alfabético.

- **Accesibilidad.** La posibilidad que tienen los ciudadanos de recibir los servicios en función de su estado de salud, momento y lugar en que se necesiten, en cantidad suficiente y a un coste razonable (igualdad en la distribución de los servicios sanitarios).
- **Acreditación.** Proceso, en general voluntario e incentivador, por el que un centro sanitario se incorpora a una verificación externa (órgano evaluador externo) de un equipo de calidad ya en funcionamiento y autorizado, para evaluar el grado que alcanzan un conjunto de estándares previamente establecidos, resultando un dictamen de certificación de la acreditación.
- **Adherencia.** Nivel de implementación y cumplimiento de los criterios, estándares y/o recomendaciones de una guía en los procesos y actividades aplicadas diariamente, por parte de los profesionales.
- **Aliados.** Son personas o grupos con los que la organización tiene establecido algún tipo de alianza: proveedores, otras instituciones u otros.
- **Ámbito asistencial o área de atención.** Se definen diversos tipos de atención: primaria, hospitalaria, sociosanitaria, y salud mental.
- **Análisis de causa raíz (ACA).** Proceso de identificación de los factores causales o básicos que contribuyeron a la aparición de acontecimientos adversos o incidentes. El análisis incluye la identificación de las causas y factores que contribuyen al sistema, la determinación de las estrategias de reducción de riesgos, y el desarrollo de un plan de actuación y de estrategias de medida para evaluar la eficacia de dicho plan.
- **Análisis modal de fallos y efectos (AMFE).** Método de evaluación proactivo y prospectivo para identificar y prevenir problemas en los procesos o productos antes de que se produzcan.
- **Áreas relevantes.** Aquellas que realizan los procesos clave del equipo o del centro.
- **Auditoría.** Cuando organización es examinada por unos evaluadores sin relación con el equipo evaluado, para comprobar si se ajustan o no, a la ley, a determinados estándares de calidad o a la normativa interna de la organización. No tiene carácter oficial u obligatorio, ni está sometida necesariamente a ninguna legislación.
- **Autoevaluación.** Evaluación que realizan los propios equipos de calidad de los centros solicitantes de la acreditación, sin otra participación externa, utilizando un manual de acreditación y una base de datos como herramienta, por el cual evalúan los estándares y aportan evidencias de su cumplimiento.
- **Autorización.** Verificar que se cumplen los criterios mínimos que exige la normativa y/o legislación correspondiente antes de conceder el permiso oficial para empezar una actividad determinada.
- **Benchmarking.** Aquella actividad, proceso continuo o estudio que compara y mide los propios procesos, productos, servicios y prácticas, respecto la mejor actividad similar reconocida como

líder en el mismo sector, de tal manera que se establezcan nuevos objetivos y actividades para mejorar el propio desempeño.

- **Buenas prácticas.** Actividades que alcanzan resultados destacados, que se obtienen mayoritariamente a través del *benchmarking* y la formación externa.
- **Calidad Total o Excelencia.** Establece una estrategia de gestión organizacional para satisfacer las expectativas y las necesidades de todos sus grupos de interés (profesionales, proveedores, sociedad), utilizando el Ciclo de Mejora Continua de la calidad (PDCA), y se rige por los principios de la Calidad Total.
- **Cartera de servicios.** Conjunto de procesos, servicios y/o actividades que ofrecen una organización o un equipo.
- **Ciclo PDCA.** Ver "Esquema lógico de mejora continua".
- **Cliente.** Aquella persona que recibe el producto, la actividad o los servicios de un equipo de profesionales.
- **Cliente externo.** Aquella persona, usuario, paciente o ciudadano que recibe, directa o indirectamente, el producto, la actividad o los servicios que ofrece un equipo de profesionales.
- **Cliente interno / profesional.** Aquella persona que trabaja o tiene algún tipo de compromiso con la institución, y que reciben el producto, la actividad o los servicios que ofrece un equipo de profesionales.
- **Comparación o proceso comparativo.** Actividad por la que se comparan los servicios y las prácticas de la organización a lo largo del tiempo consigo misma (comparación interna) o con organizaciones del mismo sector o de otros que han obtenido los mejores resultados (comparación externa; ver benchmarking).
- **Competencia.** Capacidad o aptitud de un profesional para desarrollar un trabajo o una función en una organización.
- **Continuidad asistencial.** Coordinación de la asistencia realizada en un usuario o paciente a lo largo del tiempo y entre los diferentes profesionales, servicios, centros sanitarios y niveles de atención.
- **Conocimiento.** Es todo aquel contenido intelectual y capacidades, que facilita la realización de actividades. Ver "Gestión del conocimiento".
- **Cultura organizativa o de una institución.** Aquel conjunto de normas compartidas por los profesionales de un equipo o centro, para interactuar entre ellos y sus grupos de interés.
- **Dimensiones de la calidad.** Son aquellos elementos, factores, componentes o atributos de la calidad que pueden ser medidos, y que los grupos de interés tienen en cuenta cuando evalúan la calidad de un proceso, producto o servicio.
- **Dimensiones de la calidad: tipos.** Las que se citan más frecuentemente son, entre otras: eficiencia, adecuación, efectividad, calidad científico-técnica (evidencia científica, competencia y desempeño profesional), seguridad asistencial de pacientes (clínica y física) y no asistencial (personas, estructuras y datos), satisfacción, continuidad asistencial, aceptabilidad o accesibilidad.
- **Dimensiones de la calidad: principales agrupadas.** Se describen: la eficiencia, la seguridad clínica, y la experiencia del paciente / satisfacción.
- **Dirección ejecutiva.** Dependiendo del órgano de gobierno, máximo órgano de dirección del centro; habitualmente, dirección general, gerencia, o equipo directivo, entre otras denominaciones.
- **Enfoque.** Orientación determinada de procesos o acciones o políticas. También, es una de las fases del ciclo REDER del EFQM.
- **Esquema lógico de mejora continua.** Se basa en el ciclo PDCA en inglés (Plan= Planificar; Do= Hacer; Check= Revisar y Adjust= Ajustar). Cuando se busca obtener algo, lo primero que hay que hacer es planificar cómo conseguirlo, después de proceder con las acciones planificadas (hacer),

a continuación se comprueba su resultado (verificar) y, finalmente, se implementan los cambios pertinentes para no volver a incurrir en los mismos errores (actuar).

- **Estándar.** Criterio o condición medible y con un rango aceptable alcanzado mínimo y máximo, que deben cumplir una determinada actividad, actuación, producto, programa, servicio o proceso para ser considerado de calidad.
- **Estrategia.** Objetivos generales de una organización para alcanzar la Misión y Visión.
- **Evaluar.** Comprobar la realización de un proceso o actividades determinadas mediante indicadores y estándares, con la emisión de resultados periódicos. Más relacionado con los estándares de los "Agentes facilitadores".
- **Evaluación / auditoría externa.** Aquella que realiza un equipo experto en calidad, externo al centro o equipo y sin relación con el mismo, que evalúa los mismos estándares con los que el centro se autoevaluó, y comprueba las evidencias aportadas.
- **Evaluación / auditoría interna.** Aquella que realiza otro equipo de la misma organización, pero que no pertenece a la Unidad de Calidad.
- **Eventos adversos.** Daño inesperado relacionado con la asistencia sanitaria no asociada a la enfermedad del paciente, debido al tratamiento con fármacos o asociado a otras circunstancias. Pueden ser leves, moderados o graves.
- **Excelencia.** Ver Calidad Total.
- **Gestión del conocimiento.** Todas aquellas actividades relacionadas con el conocimiento teórico y/o práctico de un tema. Incluye, entre otros, aspectos como la formación, la docencia, la investigación y la innovación.
- **Grupos de interés o Partes interesadas.** Son aquellas personas, grupos, colectivos u organizaciones que se ven afectadas directa o indirectamente por el desarrollo de las actividades o decisiones del centro y, por lo tanto, también tienen la capacidad de afectar al desarrollo de la organización. Esta definición incluye, además de personas y/o grupos internos de la organización, también a externos a ella y con diferentes grados de relación.
- **Grupos de interés o Partes interesadas:** tipos. A destacar, entre otros: clientes externos (usuarios, pacientes, ciudadanos), clientes internos (profesionales), proveedores de productos o servicios, instituciones políticas locales, nacionales o internacionales, otras instituciones sanitarias o sociedades científicas.
- **Grupos y equipos asesores de trabajo.** Grupos interdisciplinarios que actúan como asesores científico-técnicos de la institución, en los procesos de su competencia, y que facilitan la participación e interrelación de los profesionales de diferentes ámbitos, con una denominación, competencias, composición, procedimientos y objetivos fijados por cada organización.
- **Grupos y equipos asesores de trabajo: tipos.** Comisiones, comités, grupos de trabajo, grupos de mejora o "task force".
- **Guías.** Son documentos que orientan, recomiendan y sistematizan procesos asistenciales, patologías (enfermedades o síndromes), o de gestión (no asistenciales).
- **Guías: tipos.** Guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos, vías clínicas, procedimientos normalizados de trabajo, circuitos, normativas o directrices, programas estratégicos funcionales, planes estratégicos, o programas asistenciales integrados.
- **Innovación.** Creación de nuevas ideas, productos, servicios, procesos o sistemas.
- **Líderes.** Profesionales que dirigen las actividades de una organización.
- **Líneas estratégicas de "Seguridad de Pacientes".** Las constituidas, por ejemplo, por: a) el programa de higiene de manos, b) el listado de verificación de seguridad en la cirugía, c) promover la identificación inequívoca del paciente, d) el uso seguro del medicamento, e) el diseño y desarrollo de estrategias para la gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes, f) la prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, g) la prevención de caídas y lesiones asociadas, h) la prevención de úlceras por presión, i) la seguridad en la contención física de los pacientes, j) la prevención de la malnutrición y

deshidratación en pacientes ancianos, k) la prevención de la broncoaspiración) la prevención y control del dolor en el adulto y en el niño, m) promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos, entre otras.

- **Medir.** Emitir resultados periódicos con indicadores y estándares. Más relacionado con estándares de "Resultados".
- **Mejora continua.** Lograr niveles óptimos de rendimiento progresivamente.
- **Metaplan.** Método estructurado para agrupar ideas y opiniones, a modo de *brainstorming* que incluye una reflexión individual, la plasmación de las ideas surgidas de cada participante en tarjetas (una idea por tarjeta), la categorización de las mismas en un panel, el debate y el consenso.
- **Misión.** Objetivo principal o razón de ser de la organización.
- **Organización.** Estructura y equipo profesional que representa al conjunto del centro sanitario.
- **Órgano de gobierno.** La representación autorizada de la propiedad del centro sanitario.
- **Partes interesadas:** Ver "Grupos de interés".
- **Personas.** Empleados de una empresa. Ver "Profesionales".
- **Piloto – estudio de los estándares.** Tipo de estudio prospectivo para llevar a cabo un análisis preliminar de un proyecto, antes de iniciar su implementación definitiva final, a modo de experimento para detectar errores o problemas de validez, y que permita analizar y reestructurar el redactado de los estándares.
- **Plan Estratégico.** Documento de planificación y gestión global de la organización, generalmente a largo plazo, entre 3 a 5 años, que le permite establecer las prioridades en su acción.
- **Plan, Política o Estrategia de Formación.** Documento de planificación y gestión global de la organización en lo que concierne a la formación, con una vigencia aproximada entre 2 a 3 años.
- **Plan, Política o Estrategia de Calidad.** Documento de planificación y gestión global de la organización en lo que concierne a la calidad y al impulso de mejora continua hacia la excelencia, con una vigencia aproximada entre 3 a 5 años.
- **Proceso.** Es toda secuencia de actividades asociadas que añaden un valor a un producto o servicio para un cliente.
- **Proceso clave.** Actividad que se relaciona directamente con la misión del equipo y que tienen un mayor impacto sobre la satisfacción de los clientes y los resultados de la organización.
- **Profesionales.** Empleados de una empresa. Ver "Personas". Ver "Cliente interno".
- **Responsabilidad social.** Actividades voluntarias realizadas por las empresas para promover la sostenibilidad económica, social y ambiental.
- **Seguridad asistencial (de los pacientes).** Reducir el riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (efectos adversos en pacientes o infecciones).
- **Seguridad no asistencial (otros ámbitos no relacionados con pacientes).** Reducir el riesgo de daño innecesario asociado a la atención no sanitaria hasta un mínimo aceptable (datos, infraestructuras...).
- **Sistemas de información, tecnología y comunicación.** Un sistema constituido por personas, datos, actividades que procesan la información de una organización, utilizando sistemas informáticos.
- **Unidad Funcional.** Equipo de profesionales, asistenciales o no, del centro que desarrollan los procesos clave (atención primaria, urgente, hospitalaria, sociosanitaria...).
- **Unidad de Calidad.** Equipo de profesionales constituido formalmente en un centro, con una estructura estable en el tiempo y descrito en un organigrama jerárquico, liderado por un responsable del mismo, que se encarga de asesorar a la organización y/o trabajar en los procesos relacionados con la calidad asistencial del centro en cualquiera de sus dimensiones, con una dedicación a ellas superior al 50% de su tiempo de trabajo. Pueden estar estructurados formalmente como una dirección, un servicio, una unidad, un área u otro dispositivo.

9. Bibliografía

- Aloy-Duch A, Santiñà Vila M, Ramos-D'Angelo F, Alonso Calo L, Llana-Velasco ME, Fortuny-Organs B, Apezetxea-Celaya A. Desarrollo y validación de estándares para unidades de calidad de centros sanitarios [Development and validation of standards for quality units of health centers]. J Healthc Qual Res. 2023 Nov-Dec;38 (6):366-375. Spanish. <https://10.1016/j.jhqr.2023.09.009>.
- Aloy-Duch A, Santiñà Vila M, Ramos-d'Angelo F, Alonso Calo L, Llana-Velasco ME, Fortuny-Organs B, Apezetxea-Celaya A. Indicador sintético de cumplimiento de estándares para Unidades de Calidad de centros sanitarios y estudio de pilotaje prospectivo multicéntrico [Synthetic indicator of compliance with standards for Quality Units of health centers and multicenter prospective pilot study]. J Healthc Qual Res. 2024. Apr 8:S2603-6479(24)00024-1. Spanish. <https://10.1016/j.jhqr.2024.03.007>.
- SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha [internet]. Manual de calidad asistencial. Coordina: Área de Investigación, Docencia y Formación. 1ª ed. Toledo: SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2009 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documento/s/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf.
- Unió Catalana d'Hospitals [internet]. Glossari terminològic. Ajudes a la interpretació terminològica utilitzada en el document d'estàndards d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya. Període 2013-2016. Barcelona;2013 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.uch.cat/documents/glossari_terminolo768gic_esta768ndards_2013.pdf.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud [internet]. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENEca: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>.
- Oficina de planificación sanitaria y calidad. Proceso de acreditación de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2006 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario/Manual_Acreditacion_Centros_Servicios_Unidades.pdf.
- López-Andújar Aguiriano L, Fernández-Valderrama Benavides J, Tejedor Fernández M, Millán Soria J, Preciado Barahona MJ, Benito Fernández J, et al. Criterios de acreditación de servicios de urgencias de hospitales [Internet]. 4ª ed. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2019 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/11/CRITERIOS-ACREDITACION-SEMES-v6-2019.pdf>.
- Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial (FADA) [Internet]. Acreditación JCI. Programas de acreditación. Barcelona: Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial (FADA); 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://acreditacionfada.org/index.php?page=programas-acreditacion>.

- Joint Commission International [Internet]. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International (Spanish). Illinois: Joint Commission Resources; 2014 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://adeci.org.ar/archivos/Manual_JCI_-_5ta_Edici%C3%B3n.pdf.
- Sardà Raventós M, Pareja Rossell C. Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña. Documento de estándares. 3a ed. Barcelona: Ediciones Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitaria. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud; 2020 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/serveis/Acreditacio-de-centres-sanitaris/Concepte-historia/documentacio/Acreditacion-de-centros-de-atencion-hospitalaria-aguda-en-Cataluna-castella.pdf>.
- Davins Miralles J. Comparativa de tres modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO. FMC. 2007;14(6):304-8. [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsT treball/Docs/qualitat/CERTIFICACI ONACREDITACION304308.pdf>.
- Negre Nogueras P, López Sánchez JM, Márquez Boada M. Gestión de la calidad en los servicios asistenciales: Modelos de certificación y acreditación para centros asistenciales. 2ª ed. Barcelona: Ediciones COMTEC QUALITY; 2015 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <http://comtecquality.com/pdfs/la-gestion-de-la-calidad-en-los-servicios-asistenciales-modelos-de-certificacion-y-acreditacion-para-centros-asistenciales.pdf>.
- Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) [Internet]. ¿Acreditación o certificación ISO 9001? ¿Qué diferencias hay entre acreditación y certificación ISO 9001?. Madrid; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://www.enac.es/web/enac/acreditacion-o-certificacion-9001?p_p_id=MensajeCookie_WAR_Gestionportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&MensajeCookie_WAR_Gestionportlet_javax.portlet.action=acptarTodas.
- Clemente Ricote G, Pérez Lázaro JJ, Tejedor Fernández M, Arroyo Pérez V; Grupo de Estudio de Calidad en Hepatología de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. Sistema Español de Acreditación de Unidades de Hepatología. Una propuesta de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. Gastroenterol Hepatol.200730(10):612-7 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13112595>.
- Morera J. Manual de Acreditación de la Sociedad Española de Neurología para Consulta Monográfica de Trastornos del Movimiento (CM), Unidad de Trastornos del Movimiento (UTM) y Unidad de Trastornos del Movimiento Médico-Quirúrgica (UTM-MQ) [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Neurología (SEN). Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento (GETM) Comité ad-hoc de Acreditación de Servicios y Unidades Clínicas; 2020 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://getmcert.sen.es/images/doc/manual-acreditacion-sen.pdf>.
- De la Calle JL, Abejón D, Cid J, Pozo CD, Insausti J, López E. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor.2010;17(2):114-133 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000200007.

- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. Certificación y acreditación. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud; 2021 [consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales/certificacion-y-acreditacion>.
- Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) [internet]. Certificación de sistemas de gestión. Madrid: 2022 [consultado 2 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.enac.es/que-hacemos/servicios-de-acreditacion/sistemas-de-gestion>.