

Derechos de los pacientes en los principales sistemas de acreditación hospitalaria

Rosa Suñol^{a,b}, Paula Vallejo^b, Juan Manuel Beltrán^b, Pilar Hilarión^b, Joaquim Bañeres^b y Carola Orrego^b

^aCátedra de Investigación Avedis Donabedian. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Barcelona. España.

^bFundación Avedis Donabedian. Barcelona. España.

Correspondencia: Dra. Rosa Suñol.

Fundación Avedis Donabedian.

C/ Provença, 293. 08037 Barcelona. España.

Correo electrónico: fad@fadq.org

Resumen

Objetivo: Analizar cómo se abordan los derechos de los pacientes en los principales sistemas de acreditación del mundo.

Material y método: Estudio de los principales sistemas de acreditación hospitalaria existentes, empleando una metodología cualitativa de análisis de textos. Los estándares de derechos de pacientes de los distintos sistemas de acreditación son agrupados según el tema que tratan. Se establecen 9 temas principales: Información al paciente, Intimidad, trato y apoyo emocional, Protección del paciente, Protección de la autonomía, Donación de órganos, Código de derechos del paciente, Expresión de quejas y reclamaciones, Ética de la organización y Nuevos derechos.

Resultados: No todos los sistemas de acreditación estudiados incluyen un capítulo sobre derechos de los pacientes. A pesar de las diferencias observadas en la cobertura que los sistemas de acreditación dan a los derechos de los pacientes, tanto por la profundidad de su análisis como por los aspectos concretos que cubren los estándares, todos los sistemas de acreditación estudiados tratan este tema, aunque no sea en forma de un capítulo independiente.

Conclusiones: En la revisión realizada se evidencia la creciente importancia del tema de los derechos de los pacientes en los sistemas de acreditación.

Palabras clave: Derechos de los pacientes. Acreditación.

Introducción

Actualmente, los procesos de atención al paciente y la producción de servicios de salud se encuentran en un período de cambio, relacionado tanto con el gran desarrollo científico y técnico como con un cambio social que implica un incremento del poder del ciudadano para decidir en todos los ámbitos qué consume y qué servicios utiliza¹. Este cambio social en relación con la atención de salud al ciudadano se ve reflejado, entre otras cosas, en el destacado desarrollo que ha tenido recientemente la bioética y en el creciente interés de los profesionales sanitarios por este concepto. La definición y el desarrollo de los derechos del paciente es también parte de esta evolución.

Los sistemas de acreditación son uno de los ámbitos en los que se ha manifestado el desarrollo del concepto de los

Abstract

Objective: To analyze how the world's main healthcare accreditation systems approach issues concerning patients' rights.

Material and method: The main hospital accreditation systems were studied, using a qualitative methodology for text analysis. Patients' rights standards from several accreditation systems were grouped and organized on the basis of the subject they covered. Nine main subjects of study were established: patient information, privacy, care and emotional support, patient protection, protection of autonomy, organ donation, code of patients' rights, expression of complaints and legal claims, the organization's code of ethics, and new rights.

Results: Not all the accreditation systems studied include a chapter on patients' rights. Despite the differences observed in the way accreditation systems cover issues concerning patients' rights, both in the depth of their analysis and in the specific aspects covered by the standards, all the accreditation systems studied cover this issue, although not always in an independent chapter.

Conclusions: The review performed illustrates the growing importance of issues concerning patients' rights in accreditation systems.

Key words: Patients' rights. Accreditation.

derechos del paciente. Por este motivo, este artículo analiza cómo se reflejan los derechos del paciente en los diferentes sistemas de acreditación en el mundo. La acreditación intenta responder a la pregunta: ¿cómo sabemos que un centro tiene un determinado nivel de calidad? Por el momento solamente tenemos una forma de responder a esta pregunta: comprobando el nivel de calidad de la organización y promoviendo una revisión crítica.

La acreditación es un mecanismo externo de calidad que se basa en la intervención independiente de una organización sanitaria para evaluar a la organización y su cumplimiento de una serie de estándares diseñados para mejorar la calidad de la atención. Los estándares de acreditación suelen considerarse óptimos y alcanzables. Los estándares suelen ser prescriptivos en relación con lo que hay que cumplir e indicativos en relación con la forma en que el centro puede or-

ganizarse para cumplirlos. Por ello, el estudio de los manuales de acreditación nos permite conocer cómo se abordan los derechos del paciente en los hospitales acreditados

Actualmente existen entre 10.000 y 12.000 hospitales acreditados en el mundo por diferentes sistemas, y la acreditación es el mecanismo de evaluación externa de la calidad más utilizado. Al mismo tiempo, la acreditación es una de las formas más efectivas para introducir determinados conceptos en los centros, ya que la emisión del certificado de acreditación garantiza que se cumplen los estándares establecidos

El motivo principal por el que los profesionales, las organizaciones sanitarias y las administraciones optan por utilizar sistemas de acreditación está relacionado con la responsabilidad, considerada en un sentido amplio de "obligación de responder de una cosa". Esta responsabilidad sería la que impulsa a las organizaciones y a los profesionales a responder sobre los servicios que prestan al público. Se trataría del término anglosajón de *accountability*. Relman², en 1988, consideraba ya que los años noventa serían la década de la *accountability*. De hecho, fue esa década cuando se produjo un aumento significativo en el número de los sistemas de acreditación existentes, que pasaron en Europa³ de 3 a 25.

De cara a los pacientes, el hecho de que una institución externa evalúe a los centros de manera imparcial e independiente representa una garantía de calidad. Además, el trabajo que deben llevar a cabo los centros para conseguir el cumplimiento de los estándares redundan en un aumento de la calidad ofertada, especialmente en relación con procesos más importantes de la atención, que se han seleccionado en función de la frecuencia con la que se presentan, de los riesgos, de la complejidad organizativa que conllevan y de la cantidad de profesionales de los centros que están involucrados.

Otro aspecto que vale la pena destacar es la existencia de un grupo numeroso de estándares que evalúan los principales temas relacionados con los derechos de los pacientes y con su seguridad. Los pacientes que ingresan en un hospital acreditado tienen la garantía de que sus derechos y su seguridad son una preocupación para el hospital y que se ha trabajado consistentemente para mejorarlos.

Es por ello que el objetivo del estudio es describir cómo se abordan los derechos de los pacientes en los principales sistemas internacionales de acreditación sanitaria, y comparar la información cubierta por los distintos sistemas, identificando áreas comunes y sus tendencias de desarrollo.

Material y método

Ámbito de estudio. El ámbito de estudio son los principales sistemas de acreditación de hospitales nacionales e internacionales, seleccionados según su nivel de difusión e implantación. Son objeto de estudio los manuales vigentes de los sistemas de acreditación de los siguientes países: Canadá⁴ (CCHQA), Nueva Zelanda (QHNZ)⁵, Reino Unido⁶ (HQS), Japón⁷ (JCQHC), Australia⁸ (ACHS), Francia⁹ (HAS) e Irlanda (IHS)¹⁰. Se incluye también la versión internacional del sistema de acreditación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations¹¹ (JCI).

Método de selección de la información. Se analizan los estándares de los sistemas de acreditación que cuentan con un capítulo sobre derechos de los pacientes, identificando cuáles son los temas tratados. A partir de esta revisión se ha establecido un total de 9 agrupaciones de estándares, que se listan a continuación:

1. Información al paciente.
2. Intimidad, trato y apoyo emocional.
3. Protección del paciente.
4. Promoción de la autonomía.
5. Donación de órganos.
6. Código de derechos del paciente.
7. Expresión de quejas y reclamaciones.
8. Ética de la organización.
9. Nuevos derechos.

A continuación se presenta la revisión de 8 sistemas de acreditación estudiados; se seleccionaron todos los estándares que tratan sobre alguna de las 9 agrupaciones.

Método de análisis de información. Los estándares, seleccionados por incluir temas de derechos de los pacientes, se agrupan y estructuran según el tema que tratan. Se ha creado una tabla para cada una de las agrupaciones. Los asteriscos de las tablas indican que el tema se trata en dicho sistema de acreditación, y los espacios en blanco reflejan que no se ha encontrado ningún estándar en el manual que contuviese el requisito estudiado.

Para intentar evitar que la redacción de los estándares influyese en la comparación, no se han estudiado los estándares como un todo sino que se han dividido tantas veces como fuese necesario para identificar individualmente cada uno de los requisitos establecidos en el estándar, utilizando para ello una metodología cualitativa de análisis de textos. Por ejemplo, si un estándar establece que "Debe existir un documento de derechos y deberes de pacientes que se les entrega durante el ingreso", este estándar estaría reflejado en la tabla como dos requisitos de dicho sistema de acreditación: a) existe un documento de derechos y deberes de los pacientes, y b) se entrega el documento de derechos y deberes a los pacientes durante el ingreso.

Resultados

De los sistemas de acreditación estudiados, únicamente los de Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido, Japón y el sistema internacional de la Joint Commission tienen un capítulo específico sobre derechos de los pacientes. En el sistema de acreditación japonés, este capítulo trata conjuntamente los derechos de los pacientes y la seguridad, aunque esta última parte ha sido excluida del estudio.

La información proporcionada al paciente (tabla 1) es un tema tratado de forma muy diferente en los sistemas de acreditación, aunque todos ellos tratan distintos aspectos del tema y coinciden principalmente en la necesidad de proporcionar información que sea comprensible por el paciente y que esté adaptada a sus necesidades individuales,

Tabla 1. Información al paciente

	QHNZ	HQS	JCQHC	JCI	ACHS	HAS	IHS	CCHQA
<i>Información</i>								
El contenido de la información proporcionada a los pacientes se establece e implementa según normativa			*		*		*	
Se suministra información periódica verbal o escrita al paciente o a su familia		*					*	
Se informa a los pacientes y familiares sobre:								
La atención y servicios ofrecidos y cómo acceder a ellos				*				*
Toda la información relevante sobre su proceso							*	*
Su estado clínico y terapéutico y su posibilidad de participar en decisiones de atención				*		*	*	*
Las limitaciones y posibles resultados de su atención								*
Accesibilidad a estudios clínicos				*				
La posibilidad de donación de órganos y tejidos				*				
Se provee una adecuada educación sanitaria a los pacientes y sus familias				*				*
El paciente recibe información de fácil comprensión y adaptada a sus condiciones individuales		*	*	*	*	*	*	*
El equipo evalúa y documenta el entendimiento de la información							*	*
<i>Consentimiento informado (CI)</i>								
Se ha establecido un sistema de implementación del CI		*	*	*	*	*		*
El CI se obtiene de acuerdo con la política de la organización, la buena praxis y la normativa vigente		*					*	*
El consentimiento general de tratamiento se obtiene al ingreso				*			*	
El paciente y quien toma decisiones por él reciben información sobre alcance y límites del CI general				*				
La obtención del CI se lleva a cabo por personal capacitado		*		*				
El CI tiene en cuenta las circunstancias, la privacidad y los efectos psicológicos en los pacientes		*	*					
La organización tiene una lista de los tratamientos que requieren un CI específico				*				
El CI se obtiene antes de la cirugía, anestesia, utilización de sangre y práctica de alto riesgo		*		*			*	*
El CI se presenta de forma entendible a todos los pacientes, incluidas traducción y adaptación a problemas sensoriales		*			*			*
El CI se revisa con el paciente y se le da tiempo a reflexionar antes de que lo firme								*
Existe un proceso para valorar si el paciente está capacitado para dar su CI								*
Hay un proceso establecido para cuando da el CI alguien distinto del paciente, y esto se documenta en la historia clínica				*				
El rechazo a firmar el CI se documenta en la historia clínica		*						
Se obtiene un CI antes de que el paciente tome parte en estudios clínicos o tratamientos experimentales		*		*			*	
<i>Confidencialidad de la información</i>								
Se protege la confidencialidad de pacientes y familiares	*	*			*	*	*	*
La información sobre pacientes está protegida ante pérdida o uso indebido y su acceso es restringido	*			*				
Se solicita permiso a los pacientes para dar información a familiares u organizaciones	*							
Se da información del paciente a otros centros siguiendo la ley y las normas de buena praxis							*	
Se informa a los pacientes de la información que será compartida con otros centros, y se guarda registro		*						*
Existe una estrategia para proteger la confidencialidad de los pacientes que participan en investigación							*	

QHNZ: Nueva Zelanda; HQS: Reino Unido; JCQHC: Japón; JCI: Joint Commission Internacional; ACHS: Australia; HAS: Francia; IHS: Irlanda; CCHQA: Canadá. Los asteriscos indican que se trata el tema en el sistema de acreditación correspondiente.

incluidas entre estas necesidades las psíquicas o sensoriales.

Dentro de la información, el consentimiento informado (CI) es uno de los temas analizados con más detalle. La mayoría de los manuales de acreditación recogen aspectos referentes al CI, excepto los manuales francés y neozelandés, que no recogen este tema específicamente pero sí de forma indirecta. Aquellos que recogen un número más elevado de estándares sobre este tema son el de la Joint Commission, el modelo canadiense y el HQS de Reino Unido. La necesidad de disponer de un CI en las organizaciones y de definir un sistema estructurado para su recogida es un requisito generalizado en la mayoría de los sistemas de acreditación.

Un punto a tener en cuenta sería el de la persona encargada de solicitar el CI, que según los sistemas de la JCI y el HQS debería ser alguien correctamente formado en la enfermedad y probables consecuencias de la intervención.

En cuanto al proceso de recogida del CI, se regulan aspectos como que el paciente debe ser capaz de entender el contenido del consentimiento informado y sus consecuencias, validando que el paciente es competente en el proceso de toma de decisiones. En caso de no estar capacitado para firmarlo, debe haber un procedimiento para detectarlo y obrar en consecuencia. Ha de haber también algún procedimiento de actuación en caso de no ser el paciente quien tenga que firmar el consentimiento.

Algunos estándares hacen referencia a los procesos que requieren la firma del CI. Además de procedimientos quirúrgicos o técnicas invasivas (situaciones más frecuentemente reguladas), se recomienda listar todos los tratamientos en que se tendría que ofrecer un CI.

La confidencialidad de la información clínica es otro de los temas principales del apartado de información, especialmente en lo que se refiere a su protección. Destacan los re-

quisitos de algunos sistemas como, por ejemplo, la necesidad de solicitar permiso a los pacientes para dar información a familiares u organizaciones (QHNZ) y el cumplimiento de las leyes de buena praxis para compartir información con otros centros (IHS). Cabe recordar que la JCI, al tratarse de un sistema internacional, pide que se aplique la normativa existente en este sentido en cada país o región, y que muy especialmente se ha de tener en cuenta la regulación existente en materia de protección de datos de carácter individual y de autonomía del paciente.

Aunque en mayor o menor medida todos los sistemas de acreditación tratan aspectos de respeto a la intimidad, trato y apoyo emocional (tabla 2), es el HQS el que más estándares dedica a este tema.

La tabla 3 recoge los estándares sobre el derecho de protección del paciente. Se establece el derecho del paciente a estar protegido ante cualquier tipo de abuso, maltrato y discriminación como un derecho general, y se hace especial hincapié en la protección de los pacientes especialmente vulnerables por su edad o por alguna discapacidad. Cabe destacar el papel de los profesionales y del centro en los procesos de detección y abordaje de la situación para asegurar la adecuada protección del paciente. Dentro del apartado de protección de la diversidad, algunos sistemas de acreditación cubren específicamente temas de respeto a la diversidad cultural y religiosa, lo que potencia la competencia cultural de las organizaciones.

A pesar de que la base de los derechos del paciente es el respeto al principio de autonomía, la tabla 4 refleja aquellos que específicamente se promulgan sobre este tema. Los sistemas de acreditación favorecen la participación del paciente en su propio tratamiento; la participación en la elaboración de su propio plan terapéutico y el respeto a sus decisiones son los estándares en que más se coincide. Un paso

Tabla 2. Intimidad, trato y apoyo emocional

	QHNZ	HQS	JCQHC	JCI	ACHS	HAS	IHS	CCHQA
<i>Intimidad</i>								
Se respeta la privacidad/intimidad de los pacientes	*	*		*		*		
Los servicios se proveen según las necesidades, por sexos separados, edades y tipos de comportamiento, en especial en procedimientos, exploraciones y tratamiento							*	
Se proporciona información sobre horarios de visitas		*						
Se proporciona habitación individual si es posible, y espacios para visitas		*						
Se ofrece un acompañante o pueden traer un familiar o amigo en exámenes íntimos		*						
<i>Trato</i>								
Se respeta la dignidad de los pacientes		*				*		
Se respetan los valores y creencias de los pacientes				*				
<i>Apoyo emocional</i>								
Se ofrece apoyo emocional y consejo al paciente								*

QHNZ: Nueva Zelanda; HQS: Reino Unido; JCQHC: Japón; JCI: Joint Commission Internacional; ACHS: Australia; HAS: Francia; IHS: Irlanda; CCHQA: Canadá. Los asteriscos indican que se trata el tema en el sistema de acreditación correspondiente.

Tabla 3. Protección del paciente

	QHNZ	HQS	JCQHC	JCI	ACHS	HAS	IHS	CCHQA
<i>Abusos</i>								
Los pacientes están protegidos ante abusos, explotación, maltrato, discriminación, negligencia, agresiones físicas y acoso	*			*		*		
Los niños, discapacitados y ancianos reciben la protección adecuada				*				
Si el paciente requiere alguna restricción de su libertad, ésta será objeto de una reflexión en equipo y de una prescripción escrita reevaluada						*		
Los profesionales comprueban que aquellos que toman decisiones sobre los pacientes incapacitados tienen autoridad para hacerlo		*						
Se interviene según normativa documentada en todos los casos de acusación de negligencia, abuso y violación de los derechos del paciente	*							
<i>De la diversidad</i>								
Los profesionales respetan creencias, valores y tradiciones de clientes de otras religiones y culturas	*	*			*			
Se permite que los clientes lleven a cabo sus prácticas religiosas o culturales habituales, cuando sea apropiado	*	*						
La provisión de comida es adecuada a la cultura o religión		*						
Existe un proceso para dar respuesta a peticiones relacionadas con apoyo religioso o espiritual				*				
<i>Efectos personales</i>								
La organización protege los efectos personales	*			*				

QHNZ: Nueva Zelanda; HQS: Reino Unido; JCQHC: Japón; JCI: Joint Commission Internacional; ACHS: Australia; HAS: Francia; IHS: Irlanda; CCHQA: Canadá. Los asteriscos indican que se trata el tema en el sistema de acreditación correspondiente.

previo necesario para lograr esta participación es la educación del paciente y su familia en aspectos sanitarios y en sus responsabilidades en la asistencia, aspectos que tratan tanto la Joint Commission como el sistema de acreditación canadiense. El último apartado de la tabla 4, el respeto a la propia voluntad, explicita que estas preferencias de los pacientes se tendrán en cuenta en todos los ámbitos.

Algunos sistemas de acreditación cubren también diversos aspectos del tema de donación de órganos como parte de los derechos de los pacientes (tabla 5) y establecen criterios para regular el proceso, desde la identificación de donantes o la solicitud de la donación hasta la selección de los pacientes aptos para el trasplante.

No todos los sistemas de acreditación establecen explícitamente como requisito la existencia de un código de derechos de pacientes en la organización, aunque son varios los sistemas que no sólo establecen la necesidad de este documento, sino que se centran también en su método de redacción e implementación. La necesidad de informar a los pacientes y familiares sobre sus derechos es uno de los requisitos en que coinciden todos los sistemas de acreditación. Algunos sistemas detallan aún más este requisito: indican aspectos concretos de los derechos de los pacientes sobre los que es preciso informarles. Como se puede ver en la tabla 6, los aspectos concretos de los que es preciso informar a los pacientes tienen una mayor variabilidad entre los distintos sistemas. Otro gran bloque de estándares, en que coinciden todos los sistemas de acreditación estudiados, estaría

dedicado a la necesidad de formar al personal de la organización en los distintos aspectos de derechos de los pacientes como elemento crucial para promover su aplicación. Aunque varios sistemas de acreditación coinciden en la necesidad de formar a los profesionales, los aspectos concretos en que se estipula que es preciso dar formación varían de unos sistemas a otros.

El derecho a expresar quejas y reclamaciones sobre la asistencia recibida y los aspectos relacionados con la gestión de estas reclamaciones es otro de los temas de derechos de los pacientes, cuyos estándares quedan agrupados en la tabla 7. Algunos sistemas de acreditación regulan aspectos concretos de la gestión de estas reclamaciones, como que se las puede hacer verbalmente y por escrito, que se debe mantener registro escrito de todas las reclamaciones y que se les da respuesta justa y dentro del plazo de tiempo adecuado. La utilización de la información proveniente de reclamaciones para la mejora de la organización es otro de los temas en que coinciden numerosos sistemas de acreditación.

Dentro del apartado que hace referencia al código ético de las organizaciones (tabla 8), el manual de la JCI y el del IHS son los que más estándares dedican a este tema. Los aspectos más regulados son la existencia de un código ético en las organizaciones, que deberían seguir los profesionales hospitalarios a la hora de desempeñar su trabajo diario y, específicamente, en situaciones que impliquen un componente ético añadido, como la investigación o toma de decisiones con una implicación vital importante. En cuanto al requisito de la

Tabla 4. Promoción de la autonomía

	QHNZ	HQS	JCQHC	JCI	ACHS	HAS	IHS	CCHQA
<i>Educación sanitaria</i>								
Se provee una adecuada educación sanitaria a los pacientes y sus familias				*				*
Se ayuda al paciente y su familia en sus responsabilidades en la asistencia				*				*
El apoyo, consejo y educación al paciente se evalúa y ofrece resultados positivos								*
<i>Participación</i>								
El paciente y, en caso necesario, su entorno participan en la elaboración de su plan terapéutico o decisiones de salud		*			*	*	*	*
La organización apoya los derechos del paciente y su familia a participar en el proceso asistencial				*				
Los pacientes participan activamente en la planificación de su alta y seguimiento posterior							*	
El marco para la participación incluye informar, escuchar, responder e involucrar al paciente				*	*			
<i>Respeto a la propia voluntad</i>								
Se respeta:								
La voluntad del paciente						*		
La elección de los pacientes de ser tratados por un profesional y no por otro (p. ej., según el sexo)	*	*						
Las preferencias del paciente en cuanto a vestido, aseo y cuidados personales	*	*						
Las preferencias del paciente en cuanto a comida, bebida, alimentación y actividades de interés	*							
El derecho al rechazo o interrupción del tratamiento				*				

QHNZ: Nueva Zelanda; HQS: Reino Unido; JCQHC: Japón; JCI: Joint Commission Internacional; ACHS: Australia; HAS: Francia; IHS: Irlanda; CCHQA: Canadá. Los asteriscos indican que se trata el tema en el sistema de acreditación correspondiente.

Tabla 5. Donación de órganos

	QHNZ	HQS	JCQHC	JCI	ACHS	HAS	IHS	CCHQA
Existe un protocolo de apoyo a la donación de órganos y tejidos de acuerdo con la estrategia del centro	*	*		*			*	*
Se cumplen las guías, legislación o los estándares sobre donación de órganos y tejidos	*	*						*
Se solicita la donación a la familia de forma sensible a la situación, creencias y cultura	*							*
Se respeta y documenta la decisión de pacientes o familiares de donar o su rechazo a hacerlo	*	*						*
Se notifica a la organización correspondiente cuando haya órganos y tejidos disponibles	*	*		*				*
Hay criterios definidos y documentados para la selección de pacientes aptos para el trasplante		*						

QHNZ: Nueva Zelanda; HQS: Reino Unido; JCQHC: Japón; JCI: Joint Commission Internacional; ACHS: Australia; HAS: Francia; IHS: Irlanda; CCHQA: Canadá. Los asteriscos indican que se trata el tema en el sistema de acreditación correspondiente.

Tabla 6. Código de derechos

	QHNZ	HQS	JCQHC	JCI	ACHS	HAS	IHS	CCHQA
<i>Existencia</i>								
El código de derechos del paciente está documentado	*		*		*			
Los derechos de los pacientes son promovidos y protegidos							*	*
Hay sistemas de monitorización de la implementación de los derechos del paciente	*							
El paciente participa en la redacción del documento					*			
Se entrega a pacientes y familiares	*		*					*
<i>Informar a los pacientes de sus derechos</i>								
Se informa y educa a pacientes y familiares de sus derechos (y deberes) de forma comprensible	*	*	*	*	*	*	*	*
Se informa de forma comprensible a los pacientes con necesidades especiales o que no entiendan el idioma				*	*			
Se informa al paciente y a la familia sobre su derecho a:								
Recibir información sobre la enfermedad, tratamiento, alternativas y riesgos		*			*	*	*	
Acceder a su historial clínico		*			*			
Pedir una segunda opinión		*						
Dar o rechazar su autorización para participar en investigaciones		*		*				
Participar o no en la formación del personal clínico		*						
<i>Educar al personal en los derechos de los pacientes</i>								
Los profesionales conocen y comprenden los derechos de los pacientes	*		*		*	*		*
El equipo utiliza guías o protocolos profesionales o del centro que se refieren a los derechos del paciente							*	
Se forma a los profesionales en:								
Cuestiones éticas y legales		*						*
Confidencialidad	*					*	*	*
El proceso y los objetivos del acceso a la historia clínica a petición del paciente			*					
Cómo recoger el CI		*		*				
Identificar creencias y valores de pacientes y proteger sus derechos				*				
Métodos de control del dolor y sus síntomas		*						*
Aspectos éticos y legales de las voluntades anticipadas y cómo recogerlas		*						
El proceso de donación de órganos				*				
Dar respuesta a las reclamaciones		*						

QHNZ: Nueva Zelanda; HQS: Reino Unido; JCQHC: Japón; JCI: Joint Commission Internacional; ACHS: Australia; HAS: Francia; IHS: Irlanda; CCHQA: Canadá. Los asteriscos indican que se trata el tema en el sistema de acreditación correspondiente.

existencia de un comité de ética para la investigación en los hospitales, únicamente está incluido en el manual de la JCI.

Por último, se han agrupado en el tema de “nuevos derechos”, en la tabla 9, los estándares que tratan temas recientemente introducidos en los sistemas de acreditación, como el derecho a la evaluación y el manejo del dolor. Dentro de este grupo se incluyen también todos los aspectos relacionados con el final de la vida, desde el apoyo al paciente y la atención respetuosa en esta fase final hasta el cumplimiento de su voluntad mediante la recogida del documento de voluntades anticipadas o su decisión sobre si llevar a cabo o no intentos de resucitación o de limitación del esfuerzo terapéutico.

Discusión

Las virtudes, semejanzas y debilidades de los diferentes sistemas internacionales de evaluación se han descrito en diferentes artículos^{12,13}. El estudio de cómo se reflejan los derechos de los pacientes en los sistemas de acreditación de los diversos países nos permite identificar los temas emergentes y plantearnos si puede ser conveniente adoptarlos en España.

En este estudio se han evaluado únicamente los manuales de acreditación de hospitales, ya que es un área de acreditación que todos los sistemas cumplen y su disponibilidad es más alta que la de otros sectores. Sin embargo, cabe des-

Tabla 7. Expresión de quejas y reclamaciones

	QHNZ	HQS	JCQHC	JCI	ACHS	HAS	IHS	CCHQA
Se ha implementado un proceso de gestión de reclamaciones de pacientes y familiares	*	*			*		*	*
El proceso de reclamaciones está de acuerdo con el código de derechos del paciente	*							
Se informa a los pacientes y familiares de cómo efectuar una reclamación y su proceso de gestión	*	*		*				*
Se puede reclamar verbalmente y por escrito	*	*						
Se mantiene registro escrito de todas las reclamaciones (incluidas las orales)		*						
El proceso de reclamaciones es sensible a los valores y las creencias de los clientes	*							
Se da respuesta a las reclamaciones de forma justa y en el plazo de tiempo adecuado	*				*			*
Las reclamaciones se agrupan, analizan y sirven de base para desarrollar estrategias de mejora	*	*			*	*	*	

QHNZ: Nueva Zelanda; HQS: Reino Unido; JCQHC: Japón; JCI: Joint Commission Internacional; ACHS: Australia; HAS: Francia; IHS: Irlanda; CCHQA: Canadá. Los asteriscos indican que se trata el tema en el sistema de acreditación correspondiente.

Tabla 8. Ética de la organización

	QHNZ	HQS	JCQHC	JCI	ACHS	HAS	IHS	CCHQA
La organización ha definido e implantado un código ético				*			*	
Los profesionales siguen las guías organizativas para tomar decisiones éticas	*					*	*	
Existe un proceso para ayudar a los pacientes, a las familias y al personal a tratar aspectos éticos de acuerdo con la política de la organización						*	*	
Los derechos y deberes se redactarán de acuerdo con los códigos éticos profesionales				*				
Los pacientes participarán en aspectos éticos clínicos				*				
Existencia de un proceso o metodología para cuando se presentan conflictos éticos en la organización								
La organización cuenta con un comité u otros mecanismos de supervisión de investigaciones con seres humanos				*				
Hay un mecanismo para tratar adecuadamente los aspectos éticos de investigación, de la empresa y su gestión				*		*		

QHNZ: Nueva Zelanda; HQS: Reino Unido; JCQHC: Japón; JCI: Joint Commission Internacional; ACHS: Australia; HAS: Francia; IHS: Irlanda; CCHQA: Canadá. Los asteriscos indican que se trata el tema en el sistema de acreditación correspondiente.

taclar que en manuales de acreditación de otros sectores (como, por ejemplo, los manuales de acreditación de la JCI de *Continuity of care*, continuidad de la atención en que se incluyen los dispositivos sociosanitarios) se reflejan derechos no contemplados en los manuales de hospitales, como el derecho a que el centro facilite a sus usuarios el ejercicio de los derechos ciudadanos (p. ej., emitir su voto en las elecciones), el uso de la ropa personal, las visitas sin restricciones o el espacio privado cuando se trata de parejas. Sería interesante plantearse la viabilidad de incluir progresivamente algunos de estos derechos en los sistemas de acreditación hospitalaria.

Vale la pena comentar que el nivel de análisis se ha centrado fundamentalmente en los aspectos cubiertos por los estándares, y no se ha entrado en el detalle de cada uno de los elementos de medición. Este hecho puede afectar a los resultados, en el sentido de que temas muy específicos probablemente no queden reflejados de forma adecuada en la detección de temas clave abordados en la definición de los estándares de acreditación.

La agrupación de estándares se ha realizado sobre la base de nueve conceptos generales incluidos en la mayoría de los manuales. Por ello, no se han agrupado de forma específica los derechos relacionados con la participación en estu-

Tabla 9. Nuevos derechos

	QHNZ	HQS	JCQHC	JCI	ACHS	HAS	IHS	CCHQA
Existencia de protocolos para evaluar y manejar el dolor adecuadamente				*				*
La atención es respetuosa y compasiva al final de la vida				*				*
Se proporciona apoyo espiritual al paciente al final de la vida y apoyo a los familiares		*						*
Hay procedimientos sobre resucitación, un comité para gestionar el tema y formación a los profesionales		*						
Las decisiones de rechazo a la resucitación están documentadas en la historia clínica		*						
Respeto a los deseos de renunciar a servicios de resucitación y de mantenimiento vital		*		*				
Existe un procedimiento documentado sobre la recogida de voluntades anticipadas		*						*

QHNZ: Nueva Zelanda; HQS: Reino Unido; JCQHC: Japón; JCI: Joint Commission Internacional; ACHS: Australia; HAS: Francia; IHS: Irlanda; CCHQA: Canadá. Los asteriscos indican que se trata el tema en el sistema de acreditación correspondiente.

dios de investigación, sino que se ha optado por enumerarlos en cada uno de los apartados establecidos, a pesar de que muchas comisiones de ética asistencial en nuestro país se forman a partir de las comisiones de investigación. Sin embargo, no hemos actuado de la misma forma en el tema de los trasplantes, ya que los derechos recogidos en los diferentes sistemas de acreditación reflejan más los diferentes pasos de la secuencia del protocolo que una conceptualización global.

Los resultados obtenidos muestran que todos los sistemas de acreditación estudiados incluyen estándares sobre los derechos de los pacientes, aunque se ha observado una gran variabilidad tanto en la profundidad del análisis como en los aspectos específicos cubiertos por los estándares. A pesar de esta variabilidad y de que no existe una reflexión explícita sobre las fundamentaciones en las que se basan los estándares, los resultados evidencian un creciente interés de sistemas de acreditación en los derechos de los pacientes. Tal como indican algunos autores¹⁴, los sistemas de acreditación no sólo se están limitando a reflejar el interés de las organizaciones sanitarias en este tema, sino que han desempeñado también un papel relevante en su desarrollo en los países con sistemas de acreditación consolidados.

Aunque la lista de aspectos tratados en cada uno de los temas de derechos de los pacientes en los sistemas de acreditación es amplia y hemos procurado presentarla de forma desagregada para poder evaluarla en profundidad, este hecho no refleja que los sistemas de acreditación estén aumentando los aspectos que regulan. Muy al contrario, la evolución de los sistemas de acreditación en estos últimos años está tendiendo a reducir el número de estándares de sus manuales, limitándolos únicamente a los aspectos fundamentales y generales, que posteriormente se deberán adaptar a cada organización.

En cuanto a los aspectos considerados “nuevos derechos”, que son especialmente relevantes por su novedosa aplicación en el sistema sanitario español, los relacionados

con las voluntades anticipadas y la atención al final de la vida son temas recientemente incorporados a algunos sistemas de acreditación. El documento de voluntades anticipadas (DVA) se reguló por primera vez en Cataluña en el año 2000 y no existió una normativa nacional que tratase este aspecto hasta la entrada en vigor de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, en 2002. Esta normativa obliga a todas las instituciones a facilitar la implantación de los DVA. Éste es un tema relevante puesto que, tal y como se evidencia en estudios llevados a cabo en nuestro país, 4 de cada 5 personas creen en la posibilidad de utilizarlo¹⁵. A pesar de estos datos, incluso en los lugares donde el DVA existe desde hace años, solamente alrededor de un 10%^{16,17} de la población lo formaliza. Ante esta situación, el hecho de que algunos sistemas de acreditación comiencen ya a establecer la necesidad de contar con un documento específico de voluntades anticipadas es, sin duda, un paso más en la generalización de su aplicación. Unido a este tema, algunos sistemas de acreditación regulan también el derecho a decidir sobre la realización o no de intentos de resucitación y el derecho de la atención respetuosa y compasiva al final de la vida. Así, los estándares incluyen la atención al paciente y a su familia durante el proceso terminal como uno de sus fines. Los estándares recogen con especial cuidado la valoración y el abordaje de la situación psicosocial del paciente y la familia, así como la preparación para el proceso de morir y elaboración del duelo por parte del paciente, familiares y otras personas relacionadas. Finalmente, este grupo de estándares recoge cómo se garantiza el máximo confort y dignidad en esta etapa de la vida, facilitando una atención respetuosa y compasiva.

La evaluación y el manejo del dolor es otro de los nuevos criterios de los sistemas de acreditación que son de creciente actualidad tanto en el ámbito nacional como internacional. La aceptación del dolor como algo inherente a la enfermedad, que puede ser disminuido con la actuación de los profesiona-

les, y la variabilidad de actuación respecto de su tratamiento llevaron a algunos sistemas de acreditación a introducir el derecho a un manejo correcto del dolor en las organizaciones sanitarias. Todo ello ha de plasmarse en un plan de tratamiento del dolor que forma parte de los derechos del paciente. Estos aspectos de los sistemas de acreditación se están llevando a la práctica, y algunas organizaciones que ya han evaluado los efectos de su aplicación los valoran positivamente, puesto que precipitan un conjunto de cambios en la organización¹⁸ que se reflejan en última instancia en una mayor satisfacción del paciente respecto al alivio del dolor¹⁹.

La diferencia observada sobre cómo los sistemas de acreditación promueven y protegen los derechos de los pacientes puede deberse, por un lado, a motivos culturales, pero también al diferente grado de desarrollo de los sistemas estudiados, ya que algunos tienen más de 50 años de experiencia y otros son de implantación relativamente reciente (menos de 10 años). Sin embargo, las coincidencias parecen más frecuentes que las divergencias, y su análisis puede ser un buen instrumento para potenciar el desarrollo de la ética en las organizaciones y de los derechos de los pacientes atendidos en nuestras organizaciones hospitalarias.

Bibliografía

1. Peguero Rodríguez E, Lozano Aguilar JF. ¿Por qué un código ético en una empresa de servicios sanitarios? Cuadernos de Gestión. 2003;1:60-5.
2. Relman AS. Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *N Engl J Med*. 1988;319:1220-2.
3. Shaw C. Accreditation in European Health Care. A summary of survey results and personal communications including activity data for 1999, 2001 and 2003 [en prensa].
4. Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA). Acute Care Standards, Achieving Improved Measurement. 4th ed.
5. Board of the New Zealand Council on Healthcare Acute Care Standards. Quality Health New Zealand; 2001.
6. The Health Quality Service Accreditation Programme (HQS). Standards for Hospitals. 4th ed; 2003.
7. Japan Council for Quality in Health Care (JCQHC). Hospital Accreditation Standard V4.0. 1997.
8. The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ACHS EQuIP Standards. 3rd ed; 2002.
9. Anaes. Manuel d'Accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'Accréditation. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004.
10. Irish Health Services Accreditation Board (HIS). Acute Care Accreditation Scheme Standards & Guidelines. 2nd ed. HIS; 2004.
11. Joint Commission International Accreditation. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Barcelona: Joint Commission International Accreditation y Fundación Avedis Donabedian; 2000.
12. Heidemann EG. Moving to global standards for accreditation processes: The EXPERT Project in a larger context. *Int J Qual Health Care*. 2000;12:227-31.
13. Bohigas L, Heaton C. Methods for external evaluation of health care institutions. *Int J Qual Health Care*. 2000;12:231-9.
14. ABFYC: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. La ética de las organizaciones sanitarias en los modelos de calidad. Propuestas de mejora para su desarrollo en España. Pablo S, coordinador. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 1 de diciembre de 2003.
15. Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32(1):30-5.
16. Singer PA, Choudhry S, Armstrong J, Meslin EM, Lowy FH. Public opinion regarding end-of-life decisions: influence of prognosis, practice and process. *Soc Sci Med*. 1995;41(11):1571-21.
17. Fazel S, Hope T, Jacoby R. Assessment of competence to complete advance directives: validation of a patient centred approach. *BMJ*. 1999;318(20):493-7.
18. Frasco PE, Sprung J, Trentman T. The impact of the Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations Pain Initiative on Perioperative Opiate Consumption and Recovery Room Length of Stay. *Anesth Analg*. 2005;100:162-8.
19. Urion L, Bayoumeu F, Jandard C, Fontaine B, Bouaziz H. Quality insurance program for pain management after obstetrical perineal injury. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2004;23(11):1050-6.