



## C O N T E N I D O

### *Editorial del PGC:*

El uso de la acreditación para mejorar la calidad .. 1

### *Artículo principal:*

La acreditación, la concesión de licencias y la certificación para mejorar la prestación de servicios de salud ..... 4

Se realizó un Congreso regional coauspiciado sobre el Mejoramiento de Calidad ..... 12

Desarrollo de un programa de acreditación de hospitales: La experiencia de Zambia ..... 15

Autoreglamentación de hospitales: La iniciativa del sector privado en la ciudad de Mumbai, India ..... 18

Novedades ..... 20

Mejoramiento de la calidad en Sudáfrica: La iniciativa de acreditación de COHSASA ..... 21

Noticias sobre las actividades locales ..... 24

Acreditación especializada ..... 25

ISQua crea una nueva Federación de Acreditación ..... 31

Nuevos productos del PGC ..... 32

El mejoramiento de la implementación de la AIEPI ..... 33

Recursos electrónicos ..... 35

*La publicación Noticias, una publicación semestral, comparte con la comunidad de salud internacional las metodologías, actividades y resultados de las iniciativas de mejoramiento de la calidad auspiciadas por el Proyecto de Garantía de Calidad. Aquellas personas interesadas en recibir futuros números de Noticias o cualquier otra publicación del Proyecto de Garantía de Calidad deberán comunicarse con:*

**Communication Division  
Quality Assurance Project  
University Research Co., LLC  
Center for Human Services  
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600  
Bethesda, MD 20814-4811, USA**

**TEL 301-654-8338  
FAX 301-941-8427  
www.qaproject.org**

### *Editorial del PGC*

## El uso de la acreditación para mejorar la calidad

*David Nicholas, MD, MPH,*

*Director, Proyecto de Garantía de Calidad*

EN la última década ha habido en todo el mundo un mayor interés por los programas de acreditación, y se ha producido la expansión de los mismos, a medida que han aumentado las exigencias de mejor calidad y también como medio de calificar a los proveedores de servicios para el correspondiente pago en función de los modelos de la nueva reforma de salud o para regularlos de alguna otra manera. En su labor, el PGC ha venido estudiando la función que cumple la acreditación en el mejoramiento de la calidad en los países en desarrollo y prestando ayuda a estos países para decidirse con respecto a la elaboración de los correspondientes programas de acreditación.

El concepto de acreditación evolucionó durante este siglo, pasando de un método que abarcaba programas sencillos de voluntarios que aplicaban unos pocos estándares básicos a un proceso de evaluación que, de ser posible, aplica estándares basados en las pruebas para determinar la capacidad de prestar atención de calidad por parte de grandes y complejas organizaciones de atención de la salud. En las últimas dos décadas, han surgido también programas de acreditación menos formales que se concentran en instar a las organizaciones de atención de la salud a prestar una buena atención orientada hacia el cliente, como por ejemplo el programa de Hospital Amigo del Niño de UNICEF, el programa de planificación familiar Estrella Dorado de Egipto, el programa de salud reproductiva Proquali de Brasil y los nuevos programas de Clínicas Amigas del Adolescente en Jamaica y Sudáfrica. Por

*continuación en la página 2*

lo tanto, el campo de la acreditación evoluciona rápidamente y presenta muchos aspectos interesantes, y a veces difíciles, de tener en cuenta.

Así como la comunidad de salud cree que la medicina tiene que basarse en pruebas, también debieran hacerlo las opciones de actividades de GC. Por ende, podría plantearse la pregunta de si las pruebas científicas indican que la acreditación mejora los resultados en los pacientes. Por cierto, si los estándares usados para la acreditación se basaran en pruebas—esto es, porque los estudios han demostrado que el cumplimiento de los estándares mejora los resultados—sería lógico que la acreditación mejorara los resultados. Sin embargo, las organizaciones de salud podrán cumplir con los estándares solamente en el momento de la evaluación (encuesta) de la acreditación y no en otro momento. En tales casos, los resultados no cambiarían. En un estudio sin precedentes de la aplicación internacional de los estándares de acreditación, el PGC estudia el efecto de la acreditación en los resultados obtenidos en Zambia y Sudáfrica.

Los países en desarrollo que estén considerando la acreditación deberán responder a otras preguntas importantes:

- ¿Qué sectores del sistema de salud deben acreditarse: hospitales, establecimientos de atención ambulatoria y primaria, o ambos?
- ¿Deben incluirse los sectores públicos y privados?
- ¿En qué medida deben participar los representantes de la comunidad en las juntas de acreditación o en los equipos para las inspecciones de reconocimiento?
- ¿Deben publicarse y darse a conocer al público los resultados de las inspecciones de reconocimiento para acreditación?
- ¿Los organismos de acreditación deben ser organizaciones gubernamentales o no?
- ¿Debe ser obligatoria o voluntaria la acreditación? Si fuera obligatoria, ¿en qué se diferenciaría de la concesión de licencias?

# Noticias

## Proyecto de Garantía de Calidad

University Research Co., LLC  
Center for Human Services

*Editora* Donna Vincent Roa  
*Revisión técnica* Diana Silimperi  
*Diseño gráfico* James Chika

<i>Director</i>	David Nicholas, MD, MPH
<i>Subdirectora</i>	Diana Silimperi, MD
<i>Director adjunto del Proyecto de GC, Latinoamérica</i>	Jorge Hermida, MD, MPH
<i>Director adjunto del Proyecto de GC, África</i>	Bruno Bouchet, MD, MPH
<i>Directora adjunta del Proyecto de GC, Directora de Comunicaciones</i>	Donna Vincent Roa, PhD
<i>Director adjunto del Proyecto de GC, Rusia, ERI, Asia y Medio Oriente</i>	Rashad Massoud, MD, MPH
<i>Directora adjunta del Proyecto de GC, Gerente de Capacitación</i>	Jolee Reinke, MSN, CPHQ
<i>Director adjunto del Proyecto de GC, Investigación de operaciones</i>	Bart Burkhalter, PhD
<i>Subdirectora, Investigación de operaciones</i>	Paula Tavrow, PhD
<i>Subgerente de Capacitación</i>	Thada Bornstein, MEd
<i>Subdirectora de Comunicaciones</i>	Elisa Knebel, MHS
<i>Asesora principal en GC (Joint Commission Resources)</i>	Joanne Ashton, RN, MN
<i>Asesora principal en GC</i>	Maina Boukar, MD, MPH
<i>Asesora principal en GC</i>	Marina Budeyeva, MD, MPH
<i>Asesora principal en GC</i>	Lynne Miller Franco, ScD
<i>Asesora principal en GC</i>	Edward Kelley, PhD
<i>Asesora principal en GC</i>	Catherine MacAulay, MPH
<i>Asesora principal en GC</i>	Lynette Malianga, BSN
<i>Asesora principal en GC</i>	Lani Marquez, MHS
<i>Asesora principal en GC</i>	Wendy Newcomer, PhD
<i>Especialista en GC</i>	Hany Abdallah, MA, MHS
<i>Especialista en GC</i>	Karen Askov, MHS
<i>Especialista en GC</i>	Diana Santillán, MA
<i>Especialista en GC</i>	Jennifer Shabahang, MHS
<i>Especialista en Comunicaciones e investigaciones</i>	Ya-Shin Lin, MPH
<i>Especialista en diseño educativo</i>	Jennifer Kolodner, EdM
<i>Investigador asociado</i>	Stephane Legros, MD, MPH
<i>Directora Adjunta de Administración</i>	Patricia Sayer, BSN
<i>Oficial de programa, África</i>	Chris Diomi, MA
<i>Oficial de programa, Latinoamérica</i>	Eliana Parker, MA
<i>Coordinadora de Capacitación</i>	Elsa Berhane, MPH
<i>Asistente de Comunicaciones</i>	Sean Yu, BA
<i>Asistente administrativa</i>	Shawn Grainger, BA



- ¿En qué medida tienen que ser convincentes las pruebas para que pueda usarse el estándar para acreditación? ¿Debe la acreditación basarse en los resultados, en el cumplimiento de los estándares o en ambos?
- ¿Debe vincularse la acreditación con los datos del sistema de monitoreo de rutina y no solamente en las evaluaciones externas?
- ¿Deben programarse las inspecciones de reconocimiento para acreditación o realizarse “visitas sorpresa” o ambas?
- ¿La acreditación debe ser fundamentalmente un encuentro de facilitación y orientación destinado a ayudar a las organizaciones a cumplir con los estándares?
- ¿Cuál debe ser la relación entre la autoevaluación institucional constante y la evaluación externa?
- ¿Qué consecuencias debe sufrir una organización que no logra la acreditación, especialmente si está ubicada en una zona donde puede ser el único establecimiento disponible que presta servicios de salud?

*En función de las experiencias anteriores, pareciera que la acreditación ofrece valor agregado a los sistemas de atención de la salud.*



- ¿Los organismos de acreditación deben ser acreditados para procurar el cumplimiento de los estándares aceptados para los organismos de acreditación y certificación? ¿Quién debe pagar el proceso de acreditación?

- Por último, ¿es rentable la acreditación en comparación con otros métodos de mejoramiento de la calidad y es la “tecnología adecuada” para los países en desarrollo?

El PGC realiza investigaciones en pro de encontrar respuestas a todas estas preguntas. El PGC asiste también en el auspicio de congresos internacionales en los que los expertos y países interesados puedan

alcanzar un consenso sobre estos aspectos y encontrar maneras de ayudar a los países en desarrollo a resolver estas cuestiones. En función de las experiencias anteriores, pareciera que la acreditación ofrece valor agregado a los sistemas de atención de la salud. Sin embargo, tendrá que ser rentable y adaptable a varios entornos distintos.



# La acreditación, la concesión de licencias y la certificación para mejorar la prestación de servicios de salud<sup>1</sup>

*Donna Vincent Roa, PhD, Directora de Comunicaciones y Directora Adjunta, Proyecto de Garantía de Calidad*

*Anne Rooney, RN, MS, MPH, Directora Ejecutiva Consulting Services for Joint Commission Resources, Inc.*

LOS administradores y las autoridades responsables de la atención de la salud en todo el mundo adoptan estándares, métodos y herramientas para mejorar las operaciones, crear procedimientos de atención más eficientes, reducir el trabajo y el uso inadecuado de los escasos recursos, mejorar el desempeño y la supervisión del personal y acrecentar la formación de pacientes y del personal. Si bien la mayoría está de acuerdo en que es imperativo evaluar constantemente estos tipos de mejoras, existe menos consenso en cuanto a qué método de evaluación puede ser mejor para responder a las expectativas de los correspondientes interesados: la organización, los entes reguladores, los funcionarios superiores de salud pública y los pacientes.

Este artículo presenta una breve descripción e historia de la evaluación de la calidad basada en estándares y compara la acreditación, la concesión de licencias y la certificación (Cuadro 1), los tres métodos que pueden proporcionar la información de calidad y desempeño que necesitan quienes toman decisiones para:

- mantener y mejorar la calidad
- procurar la seguridad pública
- proporcionar reconocimiento legal a los profesionales de salud idóneos
- verificar que se cumpla con la formulación o el mantenimiento de las especificaciones

## Método de evaluación de la calidad basado en estándares

En 1917, el *American College of Surgeons* estableció un conjunto de estándares mínimos para los hospitales. Considerado como el primer mecanismo de evaluación externa basado en estándares, y algo controvertido en su momento, estos estándares mínimos promovieron un proceso de evaluación a cargo de colegas profesionales y basado en los resultados de la atención, un método que todavía se usa en la actualidad.

En 1951, el *American College of Surgeons* se asoció con otras asociaciones profesionales para formar la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales, el primer programa formal de acreditación de la atención de la salud. Treinta años después, este organismo de acreditación voluntaria cambió de nombre a Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*), a efectos de reflejar más precisamente el alcance más amplio de la evaluación de los servicios de salud. Además de los hospitales, el organismo evaluó los establecimientos de atención prolongada, las entidades de atención a domicilio, los hospicios, las clínicas, las organizaciones de atención administrada y las redes de servicios de salud—más de 17.000 organizaciones de atención de la salud acreditadas en Estados Unidos.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Este artículo está basado en la publicación del Proyecto de Garantía de la Calidad: Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la Evaluación y Administración de la Calidad de los Servicios de Salud escrita por Anne Rooney y Paul R. van Ostenberg.

<sup>2</sup> Los organismos de acreditación más pequeños se concentran en aspectos específicos de la acreditación (por ejemplo, el *College of American Pathology* acredita a los laboratorios clínicos).



Cuadro 1

## Definiciones de acreditación, concesión de licencias y certificación

Proceso	Organización emisora	Objeto de evaluación	Componentes/Requisitos	Estándares
Acreditación (voluntaria)	Entidad reconocida, normalmente una ONG	Organización	Cumplimiento de estándares publicados, evaluación in-situ, cumplimiento no exigido por ley y/o reglamentaciones	Establecidos a un nivel alcanzable máximo para fomentar las mejoras con el transcurso del tiempo
Concesión de licencias (obligatorias)	Autoridad gubernamental	Individual	Reglamentaciones para procurar estándares mínimos, examen o prueba de educación/competencia	Establecidos a un nivel mínimo para procurar un entorno con pocos riesgos de salud y seguridad
		Organización	Reglamentaciones tendientes a procurar estándares mínimos e inspección in-situ	
Certificación (voluntaria)	Entidad autorizada, ya sea gubernamental o no	Individual	Evaluación de requisitos predeterminados, educación/capacitación adicional, competencia demostrada en algún campo en especial	Establecidos por las juntas nacionales de profesionales o especialistas
		Organización o componente	Demostración de que la organización tiene otros servicios, tecnología o capacidad	Estándares de la industria (ej. Estándares ISO 9000) evalúan la observancia de las especificaciones de diseño

### Los programas de acreditación y sus características principales

Canadá, Australia, Gran Bretaña y Nueva Zelandia se encuentran entre los países que tienen programas de acreditación de hospitales bien establecidos. El Cuadro 2 proporciona una descripción de estos programas de acreditación de hospital y de otros que existen en todo el mundo, así como una comparación de sus características principales, incluso los tipos de estándares, la cantidad de hospitales acreditados, si el organismo elaboró indicadores o no, las fuentes de financiamiento y la definición del alcance.

De las 21 organizaciones de acreditación de hospitales que se ilustran en el Cuadro 2, alrededor de un tercio formula estándares para estructuras, procedimientos y resultados. La mayoría de los otros dos tercios fija estándares para estructuras y procedimientos. Son pocas las organizaciones que solamente establecen estándares para procedimientos y resultados.

Una gran mayoría de las organizaciones dependen de los honorarios de las inspecciones como medio de financiamiento. Otras fuentes de financiamiento incluyen: las cuotas de los socios o miembros, las publicaciones, los programas educativos, los subsidios, los honorarios de consultoría y del gobierno, entre otros. Casi tres de cada cuatro organizaciones limitan el alcance de su evaluación (por ejemplo, los hospitales, los servicios de rehabilitación, los hospitales de la comunidad, los médicos especialistas, los hospitales universitarios, los servicios de enfermería y los hospitales de rehabilitación y atención médica).

### Métodos de evaluación de la calidad de atención de la salud

Los tres métodos primarios para la evaluación de la calidad de la atención de la salud, acreditación, concesión de licencias y certificación, usan estándares para determinar el nivel de la calidad alcanzada por un particular o por una organización. La selección del método



correcto o la combinación de métodos requiere un análisis minucioso y la priorización de las necesidades del usuario. El sistema más eficaz, aún con sus limitaciones, puede generar datos de calidad objetivos para:

- respaldar comparaciones de desempeño entre los sectores de salud, tanto público como privado, y la supervisión gubernamental más adecuada del sector de salud.
- dar forma a la prestación de servicios de atención de la salud en situaciones nuevas mediante la supervisión del acceso, la calidad y los riesgos.
- demostrar si se logra un porcentaje predeterminado de beneficiarios para los servicios de atención preventiva.
- procurar el uso y la asignación eficientes de los limitados recursos de atención de la salud.
- identificar y crear centros de excelencia (ej., aquellos establecimientos que puedan prestar un mayor número de servicios, mayor eficiencia y menores costos por caso).
- integrar las estructuras y los servicios de varias organizaciones para mejorar la coordinación y eficiencia de la atención y reducir los gastos administrativos.

## Acreditación

A diferencia de la concesión de licencias, que se concentra en la observancia de estándares mínimos destinados a procurar la seguridad pública, la acreditación se concentra en las estrategias de mejoramiento constante, la consecución de estándares óptimos de calidad y la educación y consulta permanente. Los programas

eficaces de acreditación tienen objetivos bien definidos, infraestructura y autoridad predeterminadas para el programa, participación de los profesionales de salud en la formulación e interpretación de estándares y estándares pertinentes, objetivos y mensurables. Todo buen programa de acreditación:

- estimula a los profesionales a procurar mejorar la calidad en forma continua a pesar de las limitaciones en materia de recursos.
- proporciona dirección constante de las operaciones locales (ej., la selección y capacitación de los colegas

revisores, la supervisión y educación continua de los inspectores o peritos, etc.)

- procura un proceso justo, válido y creíble.
- establece una base de datos de información sobre acreditación para determinar el cumplimiento, señalar los aspectos problemáticos o resaltar las oportunidades para mejoras.

Las normas de acreditación, que normalmente se elaboran mediante el consenso de los expertos en atención de

la salud, reflejan los conceptos de avanzada en materia de calidad de la atención de la salud, adelantos en la tecnología y los tratamientos y cambios en la política de salud.

Las normas de acreditación, organizadas por procesos o funciones institucionales clave (ej., evaluación de pacientes o administración de recursos humanos) o por departamento (ej., servicios de farmacia y servicios de enfermería), ofrecen a las organizaciones de atención de la salud una manera sistemática de organizar las operaciones para lograr la máxima eficiencia y eficacia, un principio clave de la garantía de la calidad. La mayoría de los organismos de acreditación de la atención de la

*El umbral para determinar si se acredita o no a la organización de atención de la salud debe basarse en estándares predeterminados que se apliquen uniformemente para que el programa de acreditación mantenga su credibilidad y la confianza del cliente.*







salud usan una serie de estrategias de evaluación para determinar el cumplimiento, el desempeño y la calidad de la atención:

- revisión de documentos y registros
- entrevistas
- observaciones
- evaluaciones de los resultados
- inspecciones del establecimiento

Los equipos de evaluación formados por colegas revisores o inspectores visitan los establecimientos, ya sea habiéndose anunciado o no, a efectos de evaluar el cumplimiento de estándares de acreditación. Las evaluaciones anunciadas garantizan una mayor participación en el proceso, si bien esto permite que las organizaciones tengan tiempo para mejorar las apariencias superficiales, con lo cual al equipo le resulta más difícil determinar lo que se hace habitualmente. Una vez que se termina la evaluación, se otorga una designación de acreditación, es decir la acreditación con honores o la acreditación con recomendaciones, por ejemplo.

Para que el programa de acreditación evolucione, las autoridades responsables tienen que tener presente la cuestión de sostenibilidad o de viabilidad financiera y abordar las fuentes de financiamiento para cada fase del programa. Los incentivos financieros, por ejemplo, pueden servir para mantener al programa, recompensar a aquellas organizaciones que tengan un desempeño de superior calidad y fomentar el compromiso y la dedicación de los profesionales.

## Concesión de licencias

La concesión de licencias se creó para proteger la salud y seguridad públicas básicas y sus estándares abarcan los requisitos o exigencias legales mínimos que tienen que tener los profesionales y las organizaciones de salud para poder ejercer. Garantizan también la adopción adecuada de las nuevas prácticas médicas y proporcionan un marco para las modificaciones de las prácticas en uso.

Los programas de concesión de licencias a particulares abarcan el estudio de las credenciales, la inspección de los programas de educación, la comprobación de las calificaciones profesionales, la concesión recíproca de licencias a solicitantes de otros países, la formulación de reglamentos que establezcan estándares profesionales para el ejercicio de la profesión y la investigación de las acusaciones de infracciones de estándares.

En los Estados Unidos, la *Federation of State Medical Boards* y sus juntas miembro

usan *A Guide to the Essentials of a Modern Medical Practice Act* (Guía para los aspectos básicos de la Ley de la Práctica moderna de la medicina), un documento que contiene conceptos y enunciados normativos para la formulación o el mejoramiento de sistemas de reglamentaciones para médicos o de leyes para la práctica de la medicina. Los distintos temas incluyen:

- exámenes
- requisitos para la concesión de licencias

*Muchos países tienen un sistema para la concesión de licencias. Sin embargo, a raíz de la falta de financiamiento y la mala supervisión, los inspectores del sistema se concentran normalmente en el cumplimiento de las reglamentaciones mínimas por parte del particular o de la organización y no consultan, educan ni comparten las mejores formas de cumplir estándares o de mejorar los procedimientos y los procesos.*





Cuadro 2

## Comparación de las actuales organizaciones de acreditación de hospitales

País	Organismo de acreditación	Tipos de estándares	Cantidad de hospitales acreditados	Indicadores desarrollados	Fuente de financiamiento	¿Alcance limitado?
Estados Unidos	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	Estructura, procesos y resultados	5.155	Sí	Pagos de encuestas, publicaciones, programas de educación y consultorías	No
Estados Unidos	American Osteopathic Association	Estructura, procesos y resultados	400	No	Pagos de encuestas	Sí, los hospitales
Estados Unidos	Commission of Accreditation of Rehabilitation Facilities	Estructura, procesos y resultados	700-800	Propuestos	Pagos de encuestas, publicaciones, programas de educación	Sí, servicios de rehabilitación
Canadá	Canadian Council on Health Services Accreditation	Procesos y resultados	502 (1996)	Propuestos para el año 2000	Cuotas de los miembros y pagos de encuestas	No
Gran Bretaña	Health Services Accreditation	Estructura, procesos y resultados	No se sabe	Sí	Pagos de encuestas o subsidios	Sí, los departamentos de hospitales
Gran Bretaña	Kings Fund Organizational Audit	Estructura y procesos	79 (1994)	No	Pagos de encuestas y publicaciones	Sí, los hospitales
Gran Bretaña	Southwestern Hospital Accreditation Program	Estructura y procesos	67 (1994)	No	Subsidios, pagos de encuestas, consultorías y publicaciones	Sí, los hospitales comunitarios
Países Bajos	National Organization for Quality Assurance in Hospitals	Estructura y procesos				Sí, los especialistas médicos
Países Bajos	Netherlands Institute voor Accreditation van Ziekenhuizen	Estructura y procesos	18	No	Pagos de encuestas	Sí, los hospitales
Australia	Australian Council on Healthcare Standards	Estructura y procesos	203 (1994)	Sí	Pagos de encuestas, publicaciones, programas de educación	No



(continuación)

Cuadro 2

### Comparación de las actuales organizaciones de acreditación de hospitales

País	Organismo de acreditación	Tipos de estándares	Cantidad de hospitales acreditados	Indicadores desarrollados	Fuente de financiamiento	¿Alcance limitado?
Nueva Zelandia	Health Accreditation Programme for New Zealand	Estructura y procesos	115 (1997, todos los servicios)	Propuestos	Cuotas de los miembros (1998)	No
Taiwán	Ministerio de Salud	Estructura, procesos y resultados	525	Sí	Gobierno	Sí, los hospitales
Japón	Council for Quality Health Care		79			Sí, los hospitales comunitarios
Corea	Joint Commission on Accreditation of Hospitals	Estructura y procesos	131	Sí	Pagos de encuestas	Sí, los hospitales docentes
Corea	Hospital Performance Evaluation Program	Procesos y resultados	96			Sí, los hospitales
China	Hospital Grade Appraisal Committee, HB		1.086 (1991)			Sí, los hospitales y los hospitales docentes
Sudáfrica	Council for Health Service Accreditation of South Africa	Estructura, procesos y resultados	40	Propuestos	Pagos de encuestas	No
República Checa	Joint Committee on Accreditation	Estructura, procesos y resultados	13	Sí	Pagos de encuestas	Sí, los hospitales
Kyrgyzstán	Ministerio de Salud	Estructura, procesos y resultados		No	Pagos de encuestas, apoyo del organismo de miembros de la junta, otros	Sí, los hospitales
Lituania	State Accreditation Services by Ministry of Health	Estructura y procesos	53	No	Ministerio de Salud y pagos de encuestas	Sí, enfermería, hospitales de rehabilitación y de atención médica



- la concesión de licencias provisorias o especiales
- las medidas disciplinarias para los titulares de licencias
- los procedimientos para manejar los casos de proveedores incapacitados o incompetentes
- la práctica ilegal de la medicina
- la renovación periódica de la inscripción

Los hospitales y los establecimientos de atención de la salud deben obtener licencia para prestar atención y servicios a los pacientes. Los gobiernos o las autoridades reguladoras otorgan licencias cuando los establecimientos cumplen niveles definidos de calidad o prestan determinados servicios (ej., cirugía, servicios de radiología, atención de enfermería durante las 24 horas, servicios de farmacia y laboratorio). En algunas partes de los Estados Unidos, es probable también que el hospital o centro de salud tenga que demostrar la necesidad de los servicios dentro de la comunidad local antes de recibir la licencia para funcionar como tal.

## Certificación

La certificación, que se distingue de la acreditación por su aplicación tanto a los particulares como a las organizaciones, involucra el reconocimiento otorgado por alguna autoridad o junta para tal efecto a particulares que hayan demostrado tener conocimientos y capacidad especializados y a organismos que tengan la capacidad de practicar en un determinado campo o especialidad.

En los Estados Unidos, la *American Board of Medical Specialities (ABMS)* y *Medical Association Council on Medical Education (AMA/CME)* revisan y aprueban las juntas de especialidades médicas y se dedican a normalizar sus métodos.

Las dos organizaciones mantienen también un proceso riguroso de solicitudes y revisión para las juntas nuevas en las incipientes especialidades médicas (ej., la *American Board of Medical Genetics*).

La mayoría de las juntas de especialidades médicas exigen la recertificación en intervalos periódicos, normalmente de siete a diez años, para realizar una evaluación de la experiencia, los conocimientos, la idoneidad,

el desempeño y los resultados clínicos. Si alguna persona no cumple lo estipulado en estándares, se le puede retirar la certificación. La verificación del desempeño profesional, no obstante, no incluye la revisión de los procesos efectivos de atención ni los resultados en los pacientes. En los últimos años, las organizaciones profesionales, como por ejemplo la *American Medical Association*, por intermedio de su Programa de Acreditación Médica, ha empezado a evaluar a particulares dentro de su entorno laboral.

Este mecanismo de evaluación voluntario y basado en estándares, complementa la certificación formal de especialización médica. Los revisores realizan una evaluación de las credenciales y las calificaciones, las condiciones reales de ejercicio profesional, el entorno de atención, los procesos clínicos y los resultados en los pacientes.

En el caso de las organizaciones, la falta de la certificación adecuada puede afectar el financiamiento, los reembolsos por servicios de salud y el reconocimiento legal. La certificación distingue a las organizaciones y les otorga la capacidad de ejercer profesionalmente o de prestar servicios en un determinado campo especial.

## Resumen

El mayor interés por la evaluación de la calidad de los servicios de salud y la creciente expectativa por los servicios de calidad de las comunidades y consumidores, tanto en los países desarrollados como en desarrollo, han creado una situación singular para los administradores de servicios de salud, las autoridades responsables del sector y los principales encargados de tomar decisiones. Tienen que basarse en estrategias que puedan afectar las operaciones diarias de las organizaciones de atención de la salud y procurar una mejor prestación de los servicios. La acreditación, la concesión de licencias y la certificación producen los datos objetivos que necesitan para hacerlo. Cada método, adaptado en la forma adecuada, puede conducir a aumentar la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, a reducir los costos de los pacientes y a consolidar los sistemas de prestación de atención médica.





## Acreditación Internacional de la Joint Commission

Basándose en su experiencia en materia de acreditación de organizaciones de atención de la salud en Estados Unidos, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations inició el desarrollo de un programa de acreditación internacional en 1998. Se formó un grupo de trabajo internacional con representantes de todas las regiones del mundo para que participaran en el proceso de formulación de estándares. El grupo de trabajo distribuyó las versiones preliminares de estándares a revisores internacionales para determinar su aplicabilidad en un entorno internacional de atención de la salud, y posteriormente se hicieron pruebas piloto en varios hospitales de Latinoamérica, Europa y Medio Oriente.

La implementación completa del programa de Acreditación Internacional de la Joint Commission (JCIA) se llevó a cabo a fines de 1999. Tanto un hospital en forma individual o una entidad de acreditación de otro país que desee asociarse con la JCIA para ofrecer acreditación conjunta, con toda la serie completa de estándares de la JCIA o con una versión modificada, pueden solicitar la acreditación.

Los estándares finales representan los procesos y las funciones importantes de cualquier hospital y son lo suficientemente flexibles como para poder adaptarse para responder a las necesidades de algún país en particular con características culturales o de atención de la salud que sean singulares. Estándares de la JCIA,

organizados de acuerdo con las funciones de atención de pacientes o las funciones de administración, representan las siguientes funciones o procesos importantes de hospitales:

### *Estándares para los pacientes*

- Acceso a la atención y a la continuación de la misma
- Derechos de pacientes y familiares
- Evaluación de pacientes
- Atención de pacientes
- Información educativa para padres y familiares

### *Estándares para la administración de organizaciones de atención de la salud*

- Gestión y mejoramiento de la calidad
- Gestión, liderazgo y dirección
- Administración y seguridad de los establecimientos
- Calificaciones y educación del personal
- Gestión de la información
- Prevención y control de infecciones

Se puede obtener más información sobre la JCIA y estándares para hospitales internacionales dirigiéndose a JCIA, One Lincoln Centre, Suite 1340, Oakbrook Terrace, IL 60181. Teléfono: 1-630-268-7400.



# Se realizó un Congreso regional coauspiciado sobre el Mejoramiento de Calidad

Joanne Ashton, RN, MN

Asesora principal de GC, Joint Commission Resources

EN mayo de 1999, cincuenta y dos representantes de 19 países latinoamericanos participaron en un congreso regional realizado en Bogotá, Colombia, y organizado por el Proyecto Garantía de Calidad (PGC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el fin de explorar las diferencias entre la acreditación, la concesión de licencias y la certificación en el contexto del mejoramiento de calidad. Los representantes de los diversos Ministerios de Salud de Latinoamérica, la Asociación de Hospitales Latinoamericanos, las asociaciones de médicos y enfermeros, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el PGC y Joint Commission Resources (JCR) analizaron opciones, estrategias y medios para la acreditación, concesión de licencias y certificación además de identificar las funciones afines del gobierno, las entidades financieras y los proveedores de atención de la salud en la implementación de estos procesos. El grupo formuló también conclusiones y recomendaciones con respecto a la aplicación de estos métodos de mejoramiento de calidad en Latinoamérica.

## Presentaciones iniciales

El Dr. Daniel López Acuña (OPS) inauguró el congreso con la propuesta de definir calidad en términos de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes mediante el mejoramiento de los procesos de atención de salud. Sugirió que calidad debiera ser el objetivo principal del sector político de la atención de salud. Acuña indicó que las principales dificultades que enfrentan los programas de mejoramiento de calidad incluyen la coordinación de servicios y recursos, la capacitación y certificación profesional continua, la formulación de un proceso de evaluación de tecnología y la medicina basada en pruebas.

El Dr. Jorge Hermida (PGC) analizó la importancia de la gestión total de calidad, basándose en la premisa de que todos los elementos del proceso de gestión deben estar

orientados a la calidad según la definición del cliente. Se definió el programa de calidad en términos de control, mejoramiento y diseño de calidad.

El Dr. Hermida analizó las diversas necesidades de los clientes (tanto internos como externos) que afectan su percepción de calidad, incluso las relaciones interpersonales, el acceso a los servicios, las comodidades, la capacidad técnica, la eficacia y la eficiencia. Se identificó a la acreditación, la concesión de licencias y la certificación como métodos de generación y medición de pruebas que respalden el proceso de garantía de calidad.

## Acreditación

Se presentaron modelos de acreditación de Canadá y Estados Unidos. La Dra. Elma Heideman (*Canadian Council on Health Services Accreditation*) describió la experiencia canadiense y destacó la importancia de la filosofía de atención orientada al paciente, mejoramiento de calidad y salud de la comunidad. Se identificó a los estándares de competencia, los sistemas de información y un alto grado de liderazgo como los ingredientes fundamentales de todo programa de acreditación exitoso. El modelo de acreditación canadiense está orientado a la consecución de indicadores y estándares destinados a reducir los riesgos. Se presentan informes de acreditación a las organizaciones evaluadas, así como a las autoridades en los niveles provincial y nacional. Los aspectos resumidos incluyen la gestión de riesgos, los puntos positivos y negativos y las recomendaciones. El programa de acreditación canadiense se concentra en formular estándares de acreditación, apoyar a organizaciones para supervisar sus logros y acreditar las instituciones.

El Sr. James Janeski (JCR) y el Dr. Paul van Ostenberg (JCR) presentaron el proceso de acreditación usado por la Joint Commission of Accreditation of Hospitals en los Estados Unidos. Destacaron que la formulación de



estándares debe constituir un proceso compartido entre los inspectores y los profesionales de salud y, que los inspectores que demuestren tener los conocimientos y la diplomacia necesaria deben realizar las inspecciones de reconocimiento. Señalaron también que los estándares establecidos a través del proceso de acreditación requieren tiempo para su implementación y preparación institucional. Acreditación no es la meta final, sino que se trata de un proceso dinámico que forma parte de la generación de una cultura de calidad. La concesión de la acreditación distingue a una institución y la coloca en una mejor posición para prestar servicios médicos de calidad.

## Certificación

El Dr. William Jessee (*American Medical Association*) delineó los elementos claves de certificación profesional en los Estados Unidos. Primero, la certificación no es oficial, la entidad que acredita es por lo general una organización privada. Los médicos, los enfermeros y demás profesionales de salud procuran obtener la certificación como medio de ganar credibilidad en alguna especialidad, como por ejemplo atención crítica. Por lo tanto, la certificación es voluntaria y ajena a la educación formal y a los procesos de concesión de licencias. Normalmente, la certificación involucra tomar un examen de la especialización y el costo corre por cuenta del candidato. El Dr. Jessee describió algunos aspectos negativos de la certificación (ej., los exámenes miden los conocimientos pero no la capacidad técnica de un profesional). Una vez que el profesional ha obtenido la certificación, la concentración puede pasar al “historial” del mismo en vez de sus logros profesionales. Además, los intervalos entre certificación y recertificación son prolongados.

El Dr. Jessee describió también un programa nuevo de acreditación de médicos que inició la *American Medical Association*. El programa requiere que los médicos cumplan estándares relativos a las calificaciones personales, el entorno de la atención, los procesos de atención clínica y los resultados de la atención de pacientes.

## Principales ponencias

- Dr. Daniel López Acuña, Organización Panamericana de la Salud, *General Framework on Quality Assurance and Quality Improvement Programs in the Region of the Americas* (Marco general de los Programas de garantía y mejoramiento de la calidad en la Región de las Américas)
- Dr. Jorge Hermida, Proyecto de Garantía de Calidad, *Principles and Framework of Quality Assurance* (Principios y Marco de Garantía de Calidad)
- Dra. Elma Heideman, CCHSA, *CCA Program in Canada* (Programa de CCA de Canadá)
- Sr. James Janeski y Dr. Paul van Ostenberg, Joint Commission Resources, *General Vision on Accreditation* (Visión general de la acreditación)
- Dr. William Jessee, American Medical Association, *Certification* (Certificación)
- Dr. Joelle Lescop, Medical College of Quebec, *Licensure in Canada* (Concesión de licencias en Canadá)

## Concesión de licencias

El Dr. Joelle Lescop (*Medical College of Quebec*) describió los procedimientos de concesión de licencias en Canadá. La concesión de licencias se realiza después de que la persona recibe un diploma universitario y cumple con todos los requisitos de la especialización. El profesional se somete no sólo a un examen que mide sus conocimientos, sino también a una evaluación de las competencias clínicas en situaciones reales durante cinco días. El sistema de Canadá es único en que el estado es quien paga y se mantiene una base de datos que permite al gobierno ubicar a cada profesional. Por lo tanto, el gobierno tiene la capacidad de supervisar a los médicos y seguir su desempeño. El estado regula también el proceso educativo, determina los niveles de ingresos y establece máximos para la cantidad de personas que pueden entrar en alguna especialidad en particular cada año.



## Conclusiones

Se sacaron varias conclusiones importantes de la información presentada y de las discusiones de grupos. En general, se sostuvo que los sistemas de prestación de servicios de salud varían en todo el mundo, así como también los procesos políticos de reforma de salud y los métodos de garantía de calidad. Por lo tanto, se llegó a la conclusión de que debiera considerarse el contexto social, cultural y político de un determinado país antes de elaborar un programa de calidad, concentrándose primordialmente en la atención primaria e intermedia.

Además, las propuestas para mejoramiento de calidad tienen que ser globales a efectos de incluir acreditación, concesión de licencias y certificación. Se consideró que la acreditación voluntaria representa el método más razonable porque fomenta la participación del cliente y promueve y establece estándares. El proceso de acreditación sería más eficaz si estuviera preparado para las necesidades y los recursos de los países individuales y adaptado a ellos. La acreditación sería un método valioso para garantía de calidad no solamente en los hospitales, sino también en todas las instituciones de atención de salud del sistema de servicios.

La mayoría de los países tienen un sistema de estándares para la concesión de licencias a profesionales; no obstante, se trata de un proceso puramente burocrático que no evalúa calidad, los conocimientos ni la competencia del profesional. La concesión de licencias debiera seguir siendo responsabilidad del estado, el que está legalmente autorizado a hacerlo y puede mantener una base de datos para respaldar control de calidad. Sin embargo, no se han elaborado medidas objetivas para evaluar el impacto del proceso. Además, hay una disparidad en los estándares de los países en relación con la concesión de licencias a instituciones (ej., hospitales). Los procedimientos de certificación varían también entre un país y otro. Una definición y proceso de certificación universal ayudarían a todos los países latinoamericanos. Desgraciadamente, incentivos para la certificación son fundamentalmente económicos. Los especialistas que están certificados tienen más probabilidades de recibir clientes recomendados por otros profesionales y, por consiguiente, ganar salarios más altos. La concentración de la

certificación debería residir en garantizar calidad de la atención, en vez de crear rivalidad entre profesionales.

## Recomendaciones

Después de dos días de compartir información, se asignaron temas específicos a cuatro grupos: acreditación, concesión de licencias, certificación y la función que cumple el gobierno. Estos grupos formularon las siguientes recomendaciones, las que se analizaron durante la mesa redonda final:

- Crear un plan nacional para garantizar la calidad de servicios de atención de salud y convertirla en prioridad
- Elaborar un marco legal que respalde la aplicación correcta de estándares
- Incluir un mecanismo para incorporar los adelantos científicos y tecnológicos (es decir, medicina basada en pruebas) en la atención médica
- Incluir la certificación, concesión de licencias y acreditación de los profesionales de salud (particulares e instituciones) en el proceso de mejoramiento de calidad y en el plan nacional para servicios de salud
- Desarrollar una cultura de calidad
- Reafirmar la ética profesional e incluir los derechos humanos
- Reafirmar la educación profesional continua
- Elaborar un glosario de términos relativos a la calidad en la región
- Elaborar un método integrado para la medición de calidad
- Tomar en cuenta las diferencias culturales y étnicas en el desarrollo de los procesos
- Establecer incentivos que promuevan y refuercen los procesos
- Promover la participación de sociedades científicas, asociaciones, educadores y autoridades de salud
- Establecer la certificación y evaluación de programas educativos para profesionales de la salud







# Desarrollo de un programa de acreditación de hospitales: La experiencia de Zambia

*Dr. Mwendaweli Maboshe y Sra. Joyce Tembo, Junta Central de Salud de Zambia*

*Anne Rooney, RN, MS, MPH, Directora Ejecutiva, Consulting Services for Joint Commission Resources, Inc.*

**Z**AMBIA, país en desarrollo de nueve millones de personas que está en el sur de África, se enfrenta con múltiples problemas graves de salud como consecuencia de las considerables limitaciones de recursos, la pobreza generalizada, el desempleo cada vez mayor y las enfermedades transmitidas por el agua (ej., el cólera y la disenteria), la tuberculosis y la pandemia de VIH/SIDA que ha devastado a gran parte de África Meridional. En respuesta a estas tremendas dificultades, Zambia inició una gran campaña de reforma de salud a mediados de los años 1990, que arrojó como resultado la reestructuración de la planificación y el financiamiento del sector de salud, así como de sus estructuras y funciones de supervisión y evaluación.

Como parte de esta labor de reforma y con el auspicio y la asistencia técnica del Proyecto de Garantía de Calidad (PGC), Zambia instituyó una iniciativa nacional de mejoramiento de la calidad y acreditación en 1997.

Debido a la falta de estándares o reglamentaciones para el desempeño o la evaluación de la mayoría de los casi 80 hospitales de Zambia, las autoridades de salud de Zambia identificaron el desarrollo de un mecanismo para la formulación de estándares y la evaluación de hospitales como prioridad de reforma. Con el objeto de facilitar el desarrollo de estándares y la elaboración de un programa de acreditación, como primera medida se formó un grupo de asesores de varias disciplinas, que se autotituló *Zambia Health Accreditation Council* (ZHAC).

El ZHAC participó activamente en el desarrollo y las pruebas de la versión preliminar de los estándares que identificaron 13 áreas funcionales clave para cada hospital (Figura 1), así como 49 estándares de desempeño y los correspondientes criterios de medición. En la Figura 2 se ilustra un ejemplo de un estándar de desempeño y de los correspondientes criterios de medición para el

área funcional de Ingreso y Evaluación. A continuación se distribuyó el conjunto de estándares preliminares a todos los hospitales y asociaciones de profesionales de salud de toda Zambia como parte del proceso de formación de consenso conocido con el nombre de “revisión local”. Las respuestas de los revisores estuvieron muy a favor de la adopción de los estándares con algunas modificaciones.

A continuación de la revisión local, se modificaron los estándares y se elaboró un proceso preliminar de peritaje que se probó en hospitales de varios tamaños y tipos, que oscilaron entre hospitales de misiones con capacidad para 100 pacientes internados a hospitales docentes con capacidad para 1800 personas internadas en Lusaka, la capital. La metodología de la encuesta incluyó una combinación de entrevistas con las autoridades, los pacientes y el personal, recorridos de los edificios e inspección de los equipos, observación de la atención de pacientes, análisis de los documentos y revisión de las historias clínicas. Todas las áreas del hospital, de la atención de pacientes a la sala de operaciones, el laboratorio, la farmacia, radiología, cocina, lavandería y provisión central de materiales esterilizados están incluidas en el alcance del proceso de peritaje para la acreditación del hospital. Debido a los recursos limitados y la ausencia relativa de estándares y procedimientos formales por escrito en la mayoría de los hospitales de Zambia, gran parte de la importancia de la encuesta es la evaluación de procesos y los resultados de la atención mediante la observación y las entrevistas.

La Unidad de Supervisión y Evaluación de la Junta Central de Salud, que funciona bajo la dirección del Ministerio de Salud, administra actualmente el programa de acreditación de hospitales. Se seleccionó y capacitó a los inspectores encargados de la acreditación. El grupo estuvo compuesto por médicos, funcionarios clínicos,



personal de enfermería, dentistas, farmacéuticos y técnicos médicos. Se asignó un grupo de tres inspectores para la realización de las inspecciones de reconocimiento in-situ de los hospitales. Cada inspector nuevo tomó un curso de capacitación didáctica de tres días sobre los estándares y el proceso de inspección de reconocimiento; seguido por un curso de instrucción in-situ en varios hospitales, antes de ser asignado para realizar una inspección en forma independiente.

Los estándares y el proceso de inspección están concebidos para asistir a las autoridades y al personal de hospitales en la priorización de sus recursos, las mejoras necesarias y el financiamiento. Las principales áreas funcionales que es necesario mejorar, según lo demostrado en las inspecciones iniciales, fueron las siguientes:

- apoyo para la infraestructura general del hospital (ej., mantenimiento de edificios y equipos)
- disponibilidad de provisiones en cantidades suficientes (ej., jabón, guantes, reactivos para laboratorios, material de radiología, equipos médicos) y los medicamentos esenciales.
- documentación de procesos normalizados o estándares y procedimientos por escrito en materia de atención de pacientes y servicios de laboratorio, radiología y farmacia.
- prácticas de control de infecciones, estándares y procedimientos y vigilancia.
- problemas en el ámbito de la atención (ej., protección contra incendios y preparación para desastres).
- personal suficiente y competente para la atención segura de pacientes.

A pesar de las serias limitaciones de recursos de un país en desarrollo, como es el caso de Zambia, tanto las autoridades de hospitales como los interesados principales del país, incluso del Ministerio de Salud, creen que muchas mejoras de los procesos de atención de la salud son alcanzables y que los estándares ayudarán a

priorizar la distribución y planificación de los recursos.

Durante el año 1998 y la primera mitad de 1999, se realizaron inspecciones de consulta en todos los hospitales de Zambia como parte de un importante proyecto de educación y consulta. La fase final del programa de acreditación, en la que se tomarán las decisiones de acreditación y se distribuirán las conclusiones por escrito, está planeada para la segunda mitad de 1999. Como parte del componente de investigaciones de las operaciones del PGC, se realiza un estudio de impacto de varios años de duración en que se medirá el cumplimiento de los estándares para un conjunto selecto de hospitales cohortes con el transcurso del tiempo y se observarán las mejoras.

Además de la supervisión del cumplimiento de estructuras y procesos definidos identificados en los estándares de acreditación, se eva-

luarán los hospitales cohortes para comprobar las mejoras en materia de pacientes y resultados institucionales que estén relacionados con los procesos mejorados (ej., la reducción del porcentaje de infecciones del nosocomio o el aumento de satisfacción por parte de los pacientes). El estudio estará entre los primeros de su tipo que mida el impacto de los estándares institucionales y de la acreditación en las mejoras de la atención de la salud y proporcionará información valiosa para guiar el desarrollo de iniciativas similares de reforma y mejoramiento de la atención de la salud en otros países en desarrollo.

Figura 1

### Áreas funcionales clave de los estándares de acreditación de hospitales de Zambia

- Ingreso y evaluación
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología
- Servicios farmacéuticos
- Atención de pacientes
- Derechos del paciente
- Continuidad de la atención
- Entorno de la atención
- Control de infecciones
- Liderazgo
- Garantía de la calidad
- Gestión de recursos humanos
- Gestión de la información



Figura 2

### Área funcional: Ingreso y evaluación

Hay un proceso establecido para el ingreso de los pacientes al hospital que da prioridad a la atención basada en las necesidades del paciente que fueron objeto de evaluación.

**Descripción del objeto:** El grado de necesidades que tengan los pacientes determina el orden en que son atendidos. Se da prioridad de evaluación e intervención a los pacientes que tengan necesidades inmediatas. El hospital prepara e implementa un proceso eficaz y eficiente para el ingreso de pacientes que considera los siguientes elementos:

Puntos				
	Cumplido	Cumplido parcialmente	No cumplido	No corresponde
a				
b				
c				
d				
e				
f				

- a) Se finaliza el proceso de registro.
- b) Se da prioridad de evaluación e intervención a los pacientes que tengan necesidades inmediatas.
- c) Hay un estandar para controlar las esperas de los pacientes en el Departamento de Servicios Ambulatorios e Ingreso.
- d) Comunicación de información entre los departamentos y el personal involucrado en la atención.
- e) Finalización oportuna de las pruebas de diagnóstico solicitadas.
- f) Todos estos procesos están documentados en los estándares y procedimientos y normalizados dentro del hospital.

**Fuentes de información:**

1. Entrevistas con personal clínico y no clínico que abarcan el proceso de registro en el hospital.
2. Observación del área de ingreso al hospital.
3. Entrevistas con los pacientes y las familias.
4. Registros de los pacientes.

El método para la aplicación de la garantía de la calidad en el sistema de hospitales de Zambia es singular para un país en desarrollo que se enfrenta con enormes problemas de salud y sociales. Si tiene éxito en la normalización de los procesos de atención hospitalaria y

en el mejoramiento de los resultados de salud, el modelo para la acreditación de hospitales de Zambia podría servir de modelo para otros países del mundo.





# Autoreglamentación de hospitales: La iniciativa del sector privado en la ciudad de Mumbai, India

*Sunil Nandraj, Investigador Principal*

*Centre for Enquiry into Health and Allied Themes (CEHAT)*

EL problema de la calidad en los servicios de atención de la salud tiene un significado especial en aquellos países con recursos limitados. En esos casos, el sector privado, que a menudo presta una atención de calidad cuestionable y que muchas veces funciona sin reglamentación y responsabilidad alguna por parte de las autoridades, domina los servicios de atención de la salud. Muchos países, que tienen programas de ajuste estructural, tienen políticas que respaldan y promueven una mayor participación del sector de salud privado en la prestación de los servicios de atención de la salud. Por lo tanto, los ministerios de salud se han preocupado por buscar maneras y medios de procurar que los servicios del sector privado de salud sean de calidad (ej., la promulgación de legislación para hospitales,<sup>1</sup> la formulación de estándares para hospitales, la creación de sistemas de acreditación, la implementación de programas de GC<sup>2</sup> y la instalación de establecimientos de atención de la salud).

La situación descrita antes es similar a la situación que impera en India. Los estudios recientes demuestran que un 60 a 70 por ciento de los pacientes de atención ambulatoria y de 40 a 50 por ciento de los pacientes hospitalizados solicitan atención médica al sector de salud privado, lo que representa del 4 al 5 por ciento del producto interno bruto. Pero muy a menudo, los servicios ofrecidos por las entidades privadas de atención de la salud se caracterizan por recetar en exceso, usar inyecciones innecesarias, investigar demasiado y tener costos prohibitivos. Dado que la mayoría de los estados de la India no tienen leyes ni estándares que rijan los hospitales privados, prácticamente no hay monitoreo ni responsabilidad alguna en la mayoría de los hospitales.

Para encarar este problema, India está explorando diversos métodos de prestación y monitoreo de la calidad de los servicios de atención privada de la salud, incluso la viabilidad de la autorregulación para los hospitales privados por intermedio del sistema de acreditación.

De agosto de 1997 a junio de 1998, la ciudad de Mumbai evaluó y documentó las necesidades y los puntos de vista de diversas partes interesadas (diversos propietarios y administradores de hospitales, asociaciones de especialistas y consumidores, funcionarios oficiales, compañías financieras y de seguro y pacientes) sobre la posibilidad de crear un organismo de acreditación para los hospitales privados. Una serie de herramientas, incluso un cuestionario enviado por correo, un plan semiestructurado de entrevistas, un plan estructurado de entrevistas y dos talleres, generaron datos cuantitativos y cualitativos.

El estudio destacó áreas de acuerdo y desacuerdo entre las partes interesadas, pero observó un consenso general con respecto a la necesidad y el deseo de un organismo de acreditación. La mayoría de los interesados opinó que los propietarios de hospitales, los consumidores y el gobierno debieran tener una función preponderante en la creación de tal organismo. Además estuvieron de acuerdo en que el organismo debiera evaluar y asistir a los hospitales en el mantenimiento y la actualización de estándares para procurar el mejoramiento continuo de la calidad. La mayoría de las personas involucradas opinaron que el organismo de acreditación debiera supervisar el grado de satisfacción del consumidor en lo que respecta a los aspectos físicos de los centros de salud, los

<sup>1</sup> Hasta hace poco tiempo, solamente los estados de Maharashtra, Delhi y West Bengal tenían una ley para la reglamentación de hospitales privados. Debido a las presiones recibidas de organizaciones de consumidores, los estados de Tamil Nadu, Bihar, Punjab, Manipur y Kerala se encuentran en el proceso de promulgar legislación.

<sup>2</sup> El All India Institute of Medical Science de Nueva Delhi está trabajando en un programa de GC para hospitales. Además, hay un proyecto emprendido en cuatro estados de la India, fundamentalmente en Andhra Pradesh, West Bengal, Punjab y Karnataka para mejorar la calidad de la atención en los hospitales secundarios.



equipos médicos, la calificación y cantidad de personal, el tipo de tratamiento y la atención posterior.

Las partes interesadas opinaron también que el foro debiera funcionar como un organismo sin fines de lucro, que se debiera calificar con notas a los hospitales y que las evaluaciones internas debieran estar a cargo de los hospitales participantes (seguidas por evaluaciones por parte de equipos externos) y que dicho organismo debiera proporcionar reconocimiento y recompensas a los hospitales que cumplan con los estándares. Las opiniones de los interesados variaron en lo relativo a la supervisión del número de hospitales y camas en la zona geográfica, los honorarios profesionales y las tarifas de los hospitales, la incorporación de resarcimiento para pacientes y la divulgación de las conclusiones de las evaluaciones.

En respuesta a estas conclusiones sobre las necesidades de los interesados y el mayor interés por la creación de un organismo de acreditación, la ciudad de Mumbai creó el *Forum for Healthcare Standards* (FHS – Foro para Estándares de Atención de la Salud). El FHS consiste en representantes de propietarios de hospitales, entidades profesionales, organizaciones de consumidores y no gubernamentales, asociaciones de enfermeras y representantes del gobierno. El FHS se encuentra actualmente en el nivel formativo, aunque hay probabilidades de que se convierta en una entidad de acreditación basada en un sistema democrático de colaboración que aborda las necesidades de todos los interesados a través del diálogo abierto. Lo ideal sería que los participantes reconozcan mutuamente aquellas áreas que es necesario fortalecer mientras colaboran para encontrar soluciones.

Para los hospitales con 10 a 50 camas, el FHS participa en la formulación de estándares para el diseño estructural, equipamiento y medicina, incluso guardias, salas de parto, salas de cirugía, medicamentos esenciales, salas de recepción, consultorios, salas para cambiarse, despensas, archivos médicos y control de desechos. El FHS estudia también los problemas relacionados con los

sistemas y procesos, incluso la calificación con notas, el método y la periodicidad de evaluación y el financiamiento de la entidad, así como otros aspectos (ej., los indicadores). Posteriormente, el foro tiene intenciones de elaborar estándares de desempeño e indicadores para las especialidades y superespecialidades.

La administración de un sistema de acreditación no es una alternativa para la función que cumple el gobierno en la reglamentación de la atención de la salud, sino que es una función adicional y de mayor colaboración para gobiernos, teniendo en cuenta la situación presente de los cambiantes sistemas de atención de la salud. Las actividades actuales (que se consideran formativas) que se realizan en Mumbai demuestran la forma en que la introducción del sistema de acreditación en muchos países en desarrollo puede mejorar la calidad de la atención a través de las alianzas de cooperación y las asociaciones. Además, sirven de modelo para un proceso destinado a implementar un sistema de acreditación que sea práctico, autóctono y pertinente a los problemas singulares de atención de la salud de los distintos países.<sup>3</sup>

---

El Sr. Sunil Nandraj *se desempeña como Investigador Principal en el Centre for Enquiry into Health and Allied Themes (CEHAT), con sede en la ciudad de Mumbai, India.*

*Si desea solicitar copias del estudio, sírvase enviar un mensaje por correo electrónico a: snandraj@hotmail.com.*

Reconocimientos: El autor reconoce las contribuciones de la Srta. Anagha Khot y la Srta. Sumita Menon en la ejecución del presente estudio. The Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), Organización Mundial de la Salud, Ginebra, proporcionó el financiamiento.

<sup>3</sup> El autor observa que se sigue diseminando las conclusiones a otras partes del país. Varios estados de la India han demostrado interés por la labor realizada en la ciudad de Mumbai.



Este artículo está basado en la experiencia directa del autor en materia del desarrollo de la iniciativa de la ciudad de Mumbai y en las siguientes fuentes de información:

Duggal, R. con S. Amin. 1989. *Cost of Health Care. Survey of an Indian District*, Bombay: Foundation for Research in Community Health.

George, A., I. Shah y S. Nandraj. 1993. *A Study of Household Health Expenditure in Madhya Pradesh*, Bombay: Foundation for Research in Community Health, Bombay.

Kannan, K.P., K.R. Thankappan, V. Raman Kutty y K.P. Aravindan. 1991. *Health and Development in Rural Kerala*, Kerala Shastriya Sahitya Parishad, Thiruvananthapuram, Kerala.

Nandraj, S. 1994. "Beyond Law and the Lord: Quality of Private Health Care" en *Economic and Political Weekly*, 29(27): 1680-85, 2 de julio, Bombay.

Nandraj, S. y R. Duggal. 1996. *Physical Standards in the Private Health Sector. A Case Study of Rural Maharashtra*, Mumbai: Centre for Enquiry into Health and Allied Themes, Bombay.

NCAER (National Council of Applied Economic Research). 1992. *Household Survey of Medical Care*, NCAER, Nueva Delhi.

NSSO. 1989. *National Sample Survey Organization (NSSO), Morbidity and Utilization of Medical Services, 42nd Round, Julio de 1986 a junio de 1987*, Informe N° 364, Dept. of Statistics, Gobierno de la India, Nueva Delhi.

## Novedades

### Próximos Congresos:

**17th International Conference of the International Society for Quality in Health Care** (Congreso Internacional XVII de la International Society for Quality in Health Care). 13 a 16 de septiembre de 2000. Royal College of Surgeons, Dublin, Irlanda. Fax: 353-1-402-2458 o envíe un email a: ISQua a [Conferences@rcsi.ie](mailto:Conferences@rcsi.ie)

**American Society for Quality, 54th Annual Quality Congress and Exhibition** (Congreso y Exhibición Anual LIV de la American Society for Quality). 8 a 10 de mayo de 2000. Indiana Convention Center and RCA Dome, Indianapolis, Indiana. <http://aqc.asq.org>

### Productos y publicaciones:

"Quality: A Focus on Results" ("Calidad: Un Enfoque en Resultados")—un perfil de tres compañías que asumieron el compromiso de lograr mejoramiento continuo de calidad. Se puede solicitar sin cargo a The American Society for Quality, 001-800-248-1946.

Health Care Quality Review (Revista de Calidad en Atención de Salud) – un compendio de artículos, estrategias, estudios de casos y herramientas de calidad probadas para la implementación de programas de calidad eficaces. Llame al 800- 655-5597 o envíe un email a: [customer.service@aspennpubl.com](mailto:customer.service@aspennpubl.com). Orden #10678 por \$79.00.

QCI International, redactor de *Quality Digest*, envía mensualmente un boletín informativo gratuito titulado, "Timely Tips for Teams" (Consejos Oportunos para Equipos). Si tiene interés de recibir el boletín informativo, sírvase escribir a [don@qci-intl.com](mailto:don@qci-intl.com) para recibir mayor información.

### Citas para citar:

"La verdadera clave de la calidad es el comportamiento de nuestra gente. Para lograr el nivel de calidad que es necesario para sobrevivir en el Siglo XXI, tenemos que cambiar la manera en que nuestra gente—toda la gente, de la sala de reuniones del directorio a la sala de calderas—piensa, actúa y se comporta".

H. James Harrington, *Quality Digest*, Julio de 1999





# Mejoramiento de la calidad en Sudáfrica: La iniciativa de acreditación de COHSASA

*Stuart Whittaker, Director Gerencial, COHSASA*

*Anne Rooney, RN, MS, MPH, Directora Ejecutiva, Consulting Services for Joint Commission Resources, Inc.*

**E**N una serie de industrias a nivel mundial, se reconoce a la acreditación como símbolo de calidad que indica que la organización cumple determinados estándares de desempeño. En 1992, se elaboró en Sudáfrica, como proyecto piloto, un conjunto de estándares de acreditación multidisciplinaria adecuados para la prestación de servicios de atención de la salud. Tres años después, se formó el *Council for Health Service Accreditation of Southern Africa* (COHSASA – Consejo para la Acreditación de Servicios de Salud en Sudáfrica) para desarrollar un programa de acreditación para los establecimientos de salud sudafricanos que incluye hospitales, establecimientos de atención de enfermedades subagudas, programas de psiquiatría y clínicas de atención primaria de la salud.<sup>1</sup>

El objetivo de COHSASA es el desarrollo de un programa de acreditación rentable para que los establecimientos de atención de la salud sudafricanos mejoren su desempeño y que sean considerados por el público y las instituciones de financiamiento como distintivo de calidad y resulte en una atención de pacientes de primera calidad. Los objetivos específicos de COHSASA están señalados en la Figura 1.

## Estándares de COHSASA

En Sudáfrica, COHSASA ha establecido vínculos estrechos con organizaciones profesionales nacionales e internacionales que participan activamente en el proceso de elaboración de estándares. Varios conceptos clave sustentan todos los estándares, ya sea individualmente como en su totalidad. Estos conceptos son pertinentes a estándares usados para juzgar las expectativas mínimas, así como para identificar prácticas ejemplares. Los mismos incluyen lo siguiente:

- Los estándares se concentran en los pacientes y, cuando corresponda en su familia, en la prestación de los servicios para satisfacer las necesidades identificadas de pacientes, en forma congruente con la misión y los recursos de la organización de salud y en la protección y el respeto de los derechos básicos de los pacientes.
- Las organizaciones de salud tienen la obligación básica de entender las necesidades y las expectativas de aquellos a quienes atienden y la medida en que responden a esas necesidades y expectativas.
- Las autoridades de una organización de salud tienen la responsabilidad de brindar una dirección eficaz, servicios que respondan a las necesidades de la comunidad en materia de atención preventiva, curativa y paliativa, así como fomentar una cultura que respalde el mejoramiento continuo en el desempeño de la organización y la calidad de los servicios prestados.
- Los estándares abarcan y proporcionan un marco para un método sistemático de medir y mejorar los procesos de atención y los resultados de la misma y para la reducción constante o eliminación de los riesgos que corran los pacientes.
- Con más frecuencia, estándares estructurales definen las expectativas de las organizaciones principiantes, mientras que los estándares que identifican resultados previstos son más útiles para determinar las prácticas ejemplares. Los estándares de acreditación que reflejan una combinación adecuada de tipos tienen más probabilidades de tener mayor aplicación y uso.

<sup>1</sup> En la industria de salud de Sudáfrica, para obtener y mantener la acreditación, la organización tiene que someterse a una inspección in-situ a cargo de un equipo de profesionales de salud cada dos a tres años, como mínimo.



Figura 1

### Objetivos de COHSASA

- *El desarrollo y la implementación en los establecimientos de salud de Sudáfrica de estándares que definan la prestación de servicios de salud de primera calidad en todos los niveles de la prestación de servicios.*
- *La evaluación precisa del desempeño actual de los establecimientos participantes mediante la identificación de deficiencias y requisitos para cumplir con los estándares prescritos.*
- *El empoderamiento del personal a través de la introducción de los procesos de mejoramiento de la calidad y la gestión participativa.*
- *El óptimo uso de recursos para lograr el cumplimiento de los estándares según las limitaciones financieras que tenga el país y teniendo en cuenta los derechos de todos los ciudadanos sudafricanos de recibir atención de calidad según lo especificado en la constitución de Sudáfrica.*

Los estándares son globales y establecen expectativas de desempeño y de estructuras que abordan la atención del paciente, la creación de un entorno seguro para la atención y la administración eficaz de la organización. Tales estándares pueden agruparse en dos categorías generales—los que se concentran directamente en **la atención del paciente** y los que se concentran en **la gestión de la organización** (Figura 2).

## El proceso de acreditación

El proceso de acreditación incluye la preparación de los establecimientos para la acreditación, la inspección externa de reconocimiento y el proceso de decisiones.

### La etapa preparatoria

La inspección de línea basal se lleva a cabo al comienzo del programa para determinar el nivel inicial de cumplimiento de estándares. A continuación se presenta el método multidisciplinario de mejoramiento continuo de la calidad y se realiza una segunda inspección interna.

El programa de COHSASA está destinado a capacitar a los empleados para que alcancen la acreditación a través de sus propios esfuerzos, basándose en el método multidisciplinario de mejoramiento continuo de la calidad (MCC). El MCC es un método gerencial que procura desarrollar la organización de una manera nueva para que, en forma ordenada y planeada, las personas de todos los niveles puedan cumplir una función activa en la comprensión de los problemas y los procesos de trabajo.

Se designa un facilitador de COHSASA para trabajar con un hospital participante durante un período de 9 a 18 meses, en el caso de los que participan por primera vez, según lo que le falte al hospital para cumplir con los estándares y de 3 a 6 meses, en el caso de los que participan por segunda vez, según las necesidades del hospital.

Figura 2

### Áreas de los estándares de COHSASA

Los estándares que se concentran en la atención del paciente abordan lo siguiente:

- *Derechos del paciente*
- *Acceso a la atención*
- *Continuación de la atención*
- *Evaluación del paciente*
- *Planificación de la atención y la prestación de los servicios*
- *Educación del paciente y sus familiares, cuando corresponda*

Los estándares que se concentran en la gestión de la organización abordan, como mínimo, lo siguiente:

- *El liderazgo de la organización*
- *Las funciones y responsabilidades del personal*
- *La gestión de la información*
- *La creación y el mantenimiento de un entorno sin riesgos para los pacientes*
- *La prevención y el control de infecciones*
- *La gestión de la calidad y de los recursos humanos*



Los facilitadores son profesionales de salud muy competentes con mucha experiencia y capacitación que trabajan con el personal del hospital para ayudarles en sus actividades tendientes a cumplir los estándares del programa a través de la participación personal y la colaboración laboral.

Los facilitadores dirigen programas de capacitación en el lugar de trabajo destinados a ayudar al personal del hospital a entender los estándares y a estar en condiciones de evaluar el grado de cumplimiento que el hospital ha logrado en el cumplimiento de estándares. A continuación se enseña al personal del hospital a usar una variedad de herramientas analíticas para comprender mejor los procesos de trabajo. Como consecuencia de ello, se sienten responsables del programa y quedan habilitados para usar sus conocimientos y recursos para entender los estándares, evaluar el nivel de cumplimiento del hospital y trabajar para lograr el cumplimiento de los mismos. Los miembros del personal lo logran mediante la aplicación de una metodología sistemática para la resolución de problemas basada en sólidos principios de gestión de proyectos.

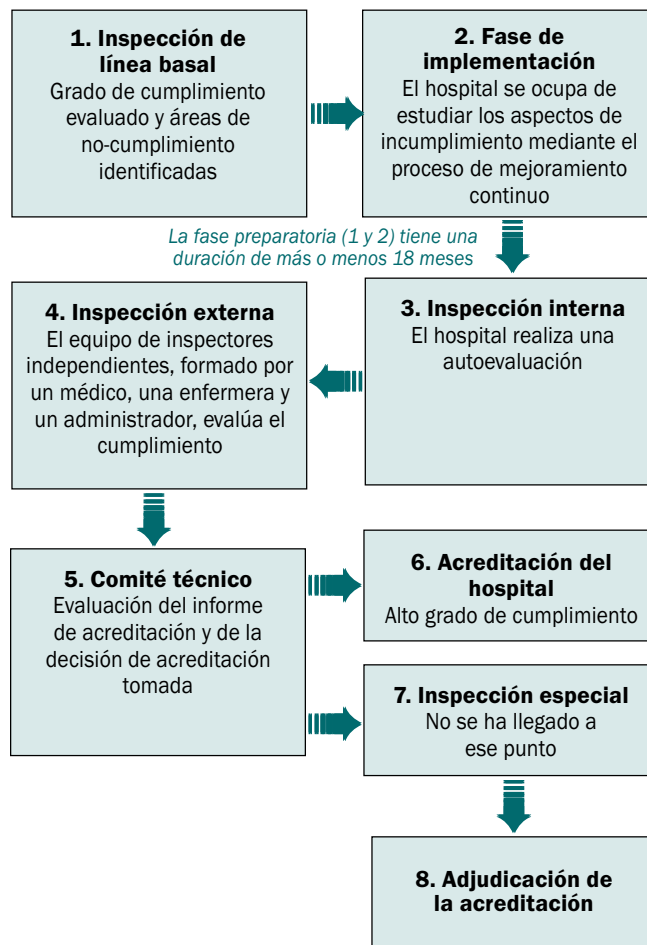
Hacia el final de esta fase, el personal efectúa una segunda inspección interna a fin de evaluar su propio desempeño. COHSASA vuelve a analizar los resultados y el hospital recibe amplios comentarios sobre el cumplimiento de los estándares.

### La inspección externa

Los equipos de inspectores externos de COHSASA, los que por lo general están compuestos por un médico, una enfermera y un administrador, realizan la inspección externa. Dicha inspección se lleva a cabo después de la fase preparatoria y está destinada a proporcionar una evaluación independiente del hospital.

### La decisión de acreditación

Se presentan los informes a un comité técnico que está compuesto por expertos en el campo de atención de la salud. El comité formula recomendaciones a la Junta sobre la acreditación de los hospitales participantes. La Junta, basándose en las recomendaciones del comité



técnico y la evaluación de todos los informes, adjudica el certificado de acreditación.

### Estudio de investigación del impacto de la acreditación

En mayo de 1999, con el auspicio del Proyecto de Garantía de Calidad (PGC), se inició un estudio de investigación multinacional de dos años de duración para evaluar el impacto del programa de acreditación de COHSASA sobre algunas medidas selectas de estructuras, procesos y resultados. El estudio, que usó una metodología de control aleatorio, monitorea las mejoras en el cumplimiento de estándares durante un período en diez hospitales de control, así como en diez hospitales de intervención que participan en el programa de acreditación de COHSASA.



Figura 3

### Resultados logrados

Hasta junio de 1999, COHSASA había acreditado 101 hospitales públicos y privados y 48 establecimiento de atención primaria de la salud y establecimientos de atención de enfermedades subagudas.

Tanto en los sectores privado como público, una gran proporción de los establecimientos no cumplieron con los estándares principales en la inspección de línea basal de reconocimiento. Hasta en el momento de la inspección externa, un gran número de hospitales todavía tenía importantes deficiencias que tenían que ser abordadas mediante una inspección especial. Sin embargo, la actitud de los hospitales participantes fue sumamente positiva y los hospitales implementaron rápidamente el resto de los requisitos. Hasta en aquellos hospitales públicos en los que los recursos eran sumamente escasos, se alcanzaron logros considerables. Sin embargo, será necesario emprender mayores esfuerzos para que algunos hospitales rurales alcancen el cumplimiento. Teniendo en cuenta eso, el cumplimiento es algo factible.

Además, un equipo formado por investigadores de EE.UU. y Sudáfrica medirá el desempeño de los hospitales del estudio con 10 a 15 indicadores cuantitativos y cualitativos, como por ejemplo el porcentaje de infecciones postoperatorias de heridas, las opiniones de los pacientes con respecto a la atención, las condiciones sanitarias del hospital en general, la integridad de los registros médicos y la mortalidad neonatal. Se prevé que este estudio, en combinación con un estudio complementario del impacto de la acreditación en Zambia, sean estudios de investigación fundamentales para la evaluación del impacto que tiene la acreditación en los resultados de la atención de la salud.



## Noticias sobre las actividades locales

### Uso del diseño de calidad en Guatemala

En 1999, el PGC comenzó a trabajar con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala para: 1) prestar apoyo al MSPAS en la descentralización de los servicios de atención de la salud; 2) incorporar la concentración en la calidad en todos los niveles de la atención a través de la aplicación de distintos métodos y herramientas de GC; y 3) diseñar e implementar campañas de información, educación y comunicación a nivel de establecimientos de salud locales en relación con la nueva calidad de los servicios ofrecidos.

Como parte de su segundo objetivo, el PGC ha venido presentando herramientas y técnicas de diseño de la calidad al personal de salud de seis hospitales de las altiplanicies occidentales. Los hospitales usan el diseño de la calidad para

volver a diseñar los servicios de obstetricia. La experiencia del PGC ha demostrado que el rediseño o diseño de los servicios de obstetricia basados en las necesidades del cliente producen una mayor satisfacción por parte del mismo.

En cada uno de los hospitales, se formaron equipos compuestos por personal de todos los niveles. Los equipos formaron grupos con intereses especiales para identificar las necesidades y los requisitos de las mujeres que acudían a los hospitales para recibir atención obstétrica. Estos grupos pusieron de manifiesto varias quejas principales: diagnósticos equivocados por parte de los profesionales de salud, falta de privacidad y comodidad, explicación deficiente de los procedimientos y tratamientos por parte de los profesionales, largas esperas para recibir atención, dificultad para comprender el lenguaje del personal del hospital y el hecho de tener que compartir camas con otros

pacientes. Este grado de insatisfacción con las instalaciones del hospital y la mala comunicación de los profesionales fueron las causas de que las mujeres no acudieran siempre a recibir atención y, por lo tanto, del aumento del porcentaje de embarazos de alto riesgo y problemáticos.

Los grupos dedicados a la calidad usaron esta información para efectuar los cambios necesarios en el tiempo de espera y se ocuparon de aquellas características del hospital que lo tornarían más seguro y cómodo. Ahora, los equipos están ampliando el alcance de su labor y ofrecen capacitación a los médicos de hospitales en materia de estándares clínicos de atención, presentan los servicios a nivel central de la comunidad, donde la mayoría de las comunidades procuran recibir atención, e incorporan el control y la supervisión periódicas en todas las actividades.

*Dr. Carlos González L.*



# Accreditación especializada

*Diana R. Silimperi, MD*

*Subdirectora, Proyecto de Garantía de Calidad*

**C**OMO se señaló en los artículos anteriores, hay cada vez más expectativas por mejorar la calidad de los servicios de salud, tanto en los países desarrollados como los países en desarrollo. La acreditación tradicional ha demostrado ser un método poderoso de mejoramiento de la calidad, especialmente en los hospitales. En forma más reciente, se ha venido probando una forma de acreditación más selectiva o más “especializada”, en gran parte en situaciones de atención primaria de la salud en una serie de países. Con el propósito de explorar esta nueva adaptación de la acreditación tradicional, en este artículo se presentará el término “acreditación especializada”, si bien algunos prefieren la terminología “acreditación informal o no formal”, o bien, “evaluación de la calidad”. Sin duda, a medida que se va teniendo más experiencia, se van a ir aclarando las diferencias entre la acreditación especializada y la tradicional, así como también si esas diferencias meritan el uso de la nueva terminología “acreditación especializada”. Es de esperar que este artículo sirva para fomentar ideas sobre las nuevas aplicaciones de la acreditación.

## ¿Qué es la acreditación especializada?

El término “acreditación especializada” se refiere al proceso por el cual un organismo reconocido realiza una revisión selectiva (o concentrada) de una o más funciones de una organización de atención de la salud (en contraste con todas las funciones de toda la organización) y evalúa su capacidad de cumplir con una serie de estándares y criterios específicamente relacionados con la función o el área de servicios elegidos. Las organizaciones de atención de la salud que uniformemente cumplan con los estándares reciben el reconocimiento del organismo evaluador y un símbolo (por ejemplo, una estrella) para demostrar su logro. Gracias a ese símbolo de calidad y el reconocimiento público, la acreditación especializada se convierte en un vehículo poderoso para mejorar el desempeño individual e institucional. El

proceso fomenta también mayores expectativas públicas del servicio de calidad. La acreditación especializada es un término relativamente nuevo y, por ende, va a evolucionar con el tiempo para reflejar nuevas aplicaciones del proceso de acreditación en distintas situaciones de atención. Los ejemplos que se analizan a continuación están tomados de las experiencias del proyecto. En la actualidad, hay pocos programas a gran escala de acreditación especializada (El programa de Hospitales Amigos del Niño de UNICEF es la excepción).

## ¿En qué se diferencia la acreditación especializada de la acreditación tradicional?

### **Desarrollo de estándares, las características del establecimiento de salud y el organismo de acreditación**

La acreditación es un proceso formal por el que un organismo reconocido (a menudo una organización no gubernamental) evalúa la capacidad de una organización de atención de la salud de cumplir los estándares de desempeño predeterminados y publicados.<sup>1</sup> Los estándares que usa para evaluar el desempeño son producto del trabajo de comités de expertos que colaboran con el organismo de acreditación y se modifican periódicamente para reflejar los adelantos en materia de tecnología, regímenes de tratamiento o cambios de política. Normalmente se ha aplicado la acreditación tradicional en hospitales, si bien recientemente se ha prestado mucha atención a su aplicación en centros de atención primaria y de la comunidad. Usa una entidad formalmente reconocida para analizar los resultados de desempeño y determinar las condiciones para la acreditación. El organismo de acreditación puede ser una entidad gubernamental o paraestatal, pero muy a menudo es una organización no gubernamental y privada (sin fines de lucro).

<sup>1</sup> Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la Evaluación y Administración de la Calidad de los Servicios de Salud, Anne Rooney y Paul R. van Ostenberg, 1999, pág. 3.



Figura 1

## Comparación de la acreditación tradicional y especializada\*

Acreditación tradicional	Acreditación especializada
<i>Desarrollo de estándares</i>	
Usar estándares o pautas predeterminados y publicados	Puede usar estándares o pautas predeterminados y publicados, pero puede fomentar también el desarrollo de estándares nuevos, específicamente para la revisión
Los estándares tienden a estar orientados a los procesos, con menos concentración en las medidas de los resultados del desempeño	Los estándares incluyen las medidas de los procesos y resultados del desempeño, con mayor concentración en el desempeño individual de los profesionales
Los estándares representan el nivel óptimo a alcanzarse y están destinados a fomentar el mejoramiento permanente a nivel institucional	Los estándares representan el nivel óptimo a alcanzarse y están destinados a fomentar el mejoramiento permanente a nivel individual e institucional, con concentración en la autoevaluación antes de la revisión externa
Los estándares se concentran en la calidad desde la perspectiva institucional, en relación con los criterios de calidad del cliente	Los estándares se concentran más en la calidad desde el punto de vista del cliente
Normalmente es un organismo de expertos que goza de reconocimiento nacional quien formula estándares	Es más probable que estándares se formulen a nivel local y que se incluyan los aportes de la comunidad y de los clientes
<i>Establecimientos de salud</i>	
<b>Concentración en la acreditación de hospitales</b>	<b>Mayor concentración en los establecimientos de atención primaria</b>
<i>Organismo de acreditación</i>	
El organismo de acreditación es, por lo general, una organización ya establecida y sostenible, legalmente reconocida (a menudo no gubernamental) con un amplio ámbito	Se podrá constituir el organismo de acreditación solamente con el propósito de realizar una revisión en particular, no tendrá necesariamente identidad legal y se concentrará en una región más pequeña o en una determinada área geográfica
El organismo de acreditación es a menudo no gubernamental e independiente del Ministerio de Salud	El organismo de acreditación está asociado comúnmente con el Ministerio de Salud (o parte del mismo)
<i>Alcance de la evaluación</i>	
<b>Los estándares se concentran en los procesos institucionales o las funciones que se cumplen dentro de toda la organización</b>	<b>Los estándares se concentran en procesos específicos de toda la organización</b>
<i>Función de la autoevaluación y el desarrollo de la capacidad de mejoramiento de la calidad</i>	
No se destaca la autoevaluación y el desarrollo de la capacidad de mejoramiento de la calidad	Se destaca la autoevaluación y el desarrollo de la capacidad de mejoramiento de la calidad, los que se consideran aspectos integrales del proceso
<i>Inspectores externos</i>	
Un grupo de colegas revisores externos, normalmente son profesionales, toman la decisión de acreditación	Es muy probable que el equipo de acreditación incluya a la comunidad y los clientes, así como también a los proveedores y profesionales locales
<i>Diseminación y uso de los resultados</i>	
<b>Los resultados están a disposición del público, pero el grado de diseminación pública varía; normalmente la organización los usa más a nivel interno (esto está cambiando por la vinculación con los incentivos financieros del gobierno)</b>	<b>Los resultados se comparten con el público y los consumidores a efectos de fomentar un mejor desempeño por parte de los proveedores y promover la exigencia de servicios de calidad</b>
El proceso es voluntario, pero cada vez está más vinculado con "incentivos" financieros	El proceso es voluntario, pero normalmente vinculado con el reconocimiento público y mayores expectativas públicas con respecto a la calidad
<i>Duración de la acreditación</i>	
El intervalo que hay entre una revisión y otra varía en función de los resultados de la misma, pero normalmente está entre 2 y 3 años	El intervalo que hay entre una revisión y otra varía, pero normalmente es de alrededor de un año





La acreditación especializada se usa más comúnmente en los establecimientos de atención primaria de la salud y, por lo general, está a cargo de una organización local de reciente constitución o un organismo creado específicamente para llevar a cabo la evaluación especializada. Los estándares de desempeño que se emplean en la acreditación especializada pueden ya estar implementados, pero no son muy conocidos y a menudo acaban de formularse a efectos de la acreditación especializada. Por consiguiente, si bien las organizaciones participantes y el organismo de acreditación ya se han puesto de acuerdo en ellos, es probable que solamente se publiquen al iniciarse el programa de acreditación especializada. Es muy probable que el organismo local para la acreditación especializada forme parte del Ministerio de Salud o esté directamente asociado con el mismo.

Por último, es importante observar que tanto la acreditación especializada como la tradicional son formas de evaluación basadas en estándares y emplean estándares óptimos que son viables.

### **Alcance de la evaluación, la función de la autoevaluación y los inspectores externos**

La acreditación tradicional destaca la capacidad y el desempeño institucional, en vez del desempeño individual de los profesionales. Los estándares de acreditación de hospitales se disponen nuevamente en relación con las funciones clave de pacientes e instituciones, o bien con los servicios de los departamentos. Todas las funciones o departamentos de la organización de salud están incluidas en el alcance de la acreditación tradicional, por ende, se evalúa todo el establecimiento. Los inspectores especialmente capacitados realizan la evaluación e informan los resultados al organismo de acreditación. La representación de la comunidad es limitada.

En forma más reciente, los programas de acreditación tradicional (especialmente en los países en desarrollo) han incluido algún elemento de autoevaluación e incorporado métodos de mejoramiento de la calidad para asistir a la institución en su preparación de la inspección externa. Si bien el proceso de acreditación en sí fomenta el mejoramiento continuo, los programas tradicionales

han tendido a concentrarse más en la inspección externa, prestando menos atención a la capacidad institucional en el área de conocimientos metodológicos para el mejoramiento de la calidad (MC).

La acreditación especializada evalúa también la capacidad institucional, pero presta relativamente más atención al desempeño individual de los profesionales. Los profesionales locales desarrollan estándares que se usan y pueden incluir los aportes de la comunidad o de los clientes. Como el nombre lo indica, el alcance de la acreditación especializada es más limitado, se concentra en un tipo particular de servicio o en una función institucional (ej., la salud reproductiva o los servicios para los adolescentes), en vez de toda la gama de funciones del establecimiento de salud.

Si bien tanto la acreditación tradicional como la especializada usan colegas revisores externos para efectuar la evaluación, los revisores de la acreditación tradicional tienden a ser proveedores profesionales o administradores, mientras que el equipo de revisión de la acreditación especializada puede incluir gente de la comunidad o clientes. Además, la acreditación especializada usa la autoevaluación como vehículo para incorporar el mejoramiento de la calidad (especialmente en la resolución de problemas en equipo) como un componente importante del proceso de acreditación, y hace mayor hincapié en el desarrollo del conocimiento de mejoramiento de la calidad dentro de la institución participante.

### **Diseminación y uso de los resultados, duración de la acreditación**

Tanto la acreditación tradicional como la especializada son procesos voluntarios y los resultados de las revisiones de desempeño están a disposición del público. Si bien la diseminación de las conclusiones específicas de la acreditación tradicional puede estar limitada al establecimiento participante, los resultados tienen ramificaciones financieras cada vez mayores (ej., la aprobación para recibir pagos de terceros o del sector público). Por otra parte, la acreditación especializada está asociada más comúnmente con una campaña de comunicación para diseminar las conclusiones, con el fin de brindar reconocimiento público a los proveedores



y su establecimiento y de acrecentar el conocimiento de la calidad por parte del público. Por este motivo, el organismo de acreditación especializada podrá recompensar con un símbolo de calidad (ej., una estrella dorada) a aquellos establecimientos que alcancen la condición de acreditados. Si bien podrá haber alguna recompensa monetaria posterior debido a la mayor utilización de algún establecimiento acreditado por parte del público, la acreditación especializada está menos asociada con las decisiones de la institución de financiamiento con respecto al reembolso por los servicios y más asociada con el aumento del conocimiento y uso de los servicios de calidad por parte del público.

El ciclo habitual de la acreditación tradicional es de 1 a 3 años, con intervalos más breves para aquellas instituciones que reciben una acreditación condicional y que tienen que efectuar las mejoras específicas que se señalan en el informe de acreditación. La acreditación especializada se basa en una supervisión más frecuente y se puede repetir cada 6 meses a un año.

Dado que el concepto de la acreditación especializada es relativamente nuevo, solamente hay unas pocas experiencias en las que pueden basarse estas “características”. A medida que vaya usándose más el proceso, se podrá delinear con más detalle las diferencias y similitudes que tiene con la acreditación tradicional, así como la interfaz funcional entre ambos métodos cuando coexistan en un país.

## Ejemplos de los programas de acreditación especializada

### Estrella dorada (Egipto)

En Egipto, el Ministerio de Salud y Población (MDSP) se asoció con el Ministerio de Información (MDI) para lanzar el Programa de Calidad Estrella Dorada<sup>2</sup>. Se usaron la investigación y evaluación de los comentarios e ideas de los clientes con respecto a la calidad, así como las imágenes de proveedores y servicios asociados con

la calidad para seleccionar un símbolo de calidad —la “estrella dorada”. A continuación se emprendió una campaña de comunicación destinada a fomentar el reconocimiento por parte del consumidor de la estrella dorada como símbolo de servicios de planificación familiar de calidad y para informar al público acerca de las expectativas realistas de los servicios de planificación familiar de calidad. Se diseminaron ampliamente los mensajes de comunicación para promocionar la calidad de los proveedores y servicios y los mismos ejercieron influencia no solamente en el consumidor, sino también en las percepciones que los proveedores tenían de la calidad.

Durante el período de la campaña, el MDSP se concentró en mejorar el equipamiento básico y la renovación de las clínicas primarias, junto con la capacitación de los médicos y del personal de enfermería. Se implementaron Estándares Clínicos Nacionales de Práctica con 101 indicadores del servicio de calidad. Además, se presentaron sistemas de administración y supervisión en las unidades de planificación familiar, en combinación con un sistema informático que permitió a los proveedores efectuar el seguimiento de indicadores trimestrales en cada lugar de prestación de servicios. Se decidió que se adjudicaría una estrella dorada a toda unidad de planificación familiar que cumpliera con los 101 indicadores durante dos trimestres seguidos y que la conservaría todo establecimiento que pudiera mantener ese puntaje. La supervisión trimestral de los indicadores de calidad de acuerdo con los Estándares Clínicos Nacionales fomentó las mejoras de calidad en los establecimientos.

Se lanzó una segunda fase de la campaña de comunicación después de que una cantidad considerable de unidades había obtenido “estrellas doradas” y la misma se concentró en la promoción de las clínicas locales con “estrella dorada” y en los profesionales de las mismas. El reconocimiento público de la acreditación estrella dorada creó mayores expectativas y demanda de los servicios, así como una mayor utilización de los establecimientos con estrella dorada.

<sup>2</sup> Se desarrolló e implementó el Programa de la Estrella Dorada con la asistencia técnica de JHU/CCP. Las referencias de esta sección incluyen: Population Reports, “Improving Care and Raising Expectations” (H. Gebaly et al. ICPD 1998) and Communication Impact, “Egypt’s Gold Star Quality Program Wins Clients and Communities” (CCP 1998).



### Proquali (Brasil)<sup>3</sup>

En la región noreste de Brasil, varias iniciativas simultáneas pero concentradas individualmente para ampliar el alcance y mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva tuvieron un éxito limitado. Los funcionarios de salud del estado, la USAID y las tres entidades colaboradoras (Management Sciences for Health [MSH], Johns Hopkins University/Center for Communication Programs [JHU/CCP] y Johns Hopkins Program in International Education and Training in Reproductive Health [JHPIEGO]) elaboraron un modelo integrado, sinérgico y orientado al cliente para el mejoramiento del desempeño. Algo fundamental para este modelo fue el desarrollo y la aprobación previos de las pautas para los servicios de salud reproductiva (PSSR) que pudieran servir como estándares para el mejoramiento del desempeño para los servicios de salud reproductiva de los dos estados participantes. Durante este período, tuvo también ímpetu la descentralización y las municipalidades locales comenzaron a asumir la responsabilidad de los servicios de salud e identificaron activamente los vacíos que había en materia de prestación de servicios y las estrategias para mejorar la calidad de los servicios locales.

El modelo “Proquali” incluye: apoyo infraestructural, un proceso de reconocimiento por clínica y un proceso de mejoramiento del desempeño. El proceso de reconocimiento, combinado con el proceso de mejoramiento del desempeño, se convirtió en ejemplo de la acreditación especializada. Un elemento importante del modelo Proquali de la acreditación especializada es la importancia que le asigna a la autoevaluación. Se usan las listas de control de la autoevaluación para los proveedores y administradores de los lugares de prestación de servicios como guías de aprendizaje y supervisión del desempeño. Se puede usar las listas para evaluar si las prácticas son congruentes con las PSSR y para identificar los aspectos que es necesario mejorar. La evaluación externa está a cargo también de los miembros de la Comisión estatal de Reconocimiento de la Calidad de la Atención, formada específicamente para emprender la revisión y

aprobación de subsidios (acreditación especializada en salud reproductiva) de las clínicas de salud primaria.

A fin de recibir la evaluación de dicha Comisión, la clínica de salud tiene que pasar por una inspección de dos días y luego demostrar que mantiene los estándares de calidad para los servicios de salud reproductiva durante tres meses. Durante la fase piloto, se desarrollaron 61 criterios de evaluación para el “reconocimiento” en cinco áreas de servicios: la prestación de servicios de salud reproductiva, la prevención y el control de las infecciones, los programas de Información, Educación y Comunicación (IEC), la planta física y los materiales y los sistemas auxiliares para la infraestructura de administración. Cada uno de los criterios tenía el mismo valor: un punto. Pero con el fin de satisfacer cada criterio, había que cumplir con todos los puntos de la lista de verificación. Asimismo, en aquellos lugares que tenían más de un proveedor, un máximo de tres tenían que ser observados y todos ellos tenían que cumplir con los elementos de la lista para poder recibir el punto asignado a ese criterio.

Durante el proyecto piloto, la clínica tenía que lograr un mínimo del 80 por ciento en cada una de las cinco áreas de evaluación de servicios a fin de reunir los requisitos para la segunda inspección. Tenía que lograrse el noventa y cinco por ciento del total de los criterios durante la segunda visita para obtener el reconocimiento de la Comisión. Después del proyecto piloto, el modelo incluyó solamente una evaluación externa y el punto decisivo para el reconocimiento se estableció en el 95 por ciento de los criterios. En este ejemplo de acreditación especializada, los resultados de las evaluaciones sirvieron de base para los procesos de mejoramiento de la calidad y de reconocimiento.

### Los Hospitales “Amigos del Niño” y “Amigos de la Madre” de todo el mundo<sup>4</sup>

La Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño, coauspiciada por UNICEF y la OMS, es uno de los programas de acreditación especializada (o informal)

<sup>3</sup> El modelo Proquali se desarrolló e implementó con la asistencia técnica de MSH, JHPIEGO y JHU/CCP. El Dr. Edgar Nechochea de JHPIEGO suministró la información para esta sección.

<sup>4</sup> Esta sección está basada en información de la publicación del PGC, *Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la Evaluación y Administración de la Calidad de los Servicios de Salud*, Anne Rooney y Paul R. van Ostenberg, 1999. págs. 22-23.



pioneros y de mayor envergadura. La iniciativa brinda reconocimiento a hospitales y centros de maternidad que crean un entorno óptimo para la lactancia a través de la implementación de diez pasos destinados a promover la lactancia. Los hospitales y centros de maternidad toman la decisión de participar en la iniciativa a través de la presentación de una solicitud que incluye una carta de intención, arancel y autoevaluación de la promoción de la lactancia. Los “estándares” para el reconocimiento consisten en “10 pasos para una buena lactancia”. Cuando el hospital participante ha implementado todos los pasos, un equipo de inspección “amigo del niño” designado por la OMS/UNICEF realiza la evaluación in-situ, junto con la revisión a cargo de la Junta de Revisión Externa de la iniciativa. Aquellos hospitales evaluados por el equipo de inspectores y la Junta de Revisión que implementen acertadamente todos los pasos reciben la denominación “amigo del niño” y pueden exhibir el logotipo correspondiente.

La Coalición para mejorar los servicios de maternidad (*The Coalition for Improving Maternity Services - CIMS*) tiene un método similar de “10 pasos para la atención amiga de la madre”. Uno de esos pasos consiste en incorporar los “10 pasos de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño”.

## Futuros proyectos

A medida que la descentralización y la reforma del sector de salud vayan teniendo más ímpetu en muchos países, la responsabilidad y las decisiones de los cambios en la atención de la salud y la transferencia a las autoridades locales que presumiblemente van a experimentar directamente los beneficios del servicio de calidad en sus establecimientos locales. Las expectativas y la demanda de los servicios de calidad pueden traducirse en decisiones de las autoridades locales con respecto a la distribución de los recursos y la presión de la comunidad para mantener estándares. Una de las características más importantes de los programas de acreditación especializada es la importancia que se pone en el reconocimiento de la calidad por parte del público, lo que se confiere mediante la adjudicación de un símbolo de calidad muy

reconocido. El símbolo le da importancia a la institución y a sus proveedores y a menudo eleva sus propias expectativas de desempeño de calidad.

En la actualidad hay una serie de tendencias para fomentar la utilidad de los programas de acreditación especializada: mayor privatización de los servicios de salud, el desplazamiento de la responsabilidad del sector público de la prestación de servicios a estándares y la supervisión de la calidad y estándares, así como la reforma del sector de salud, que coloca la supervisión técnica de todos los servicios médicos (públicos y privados) bajo los auspicios del MDS y recomienda vehementemente la recuperación de costos. Cuando los clientes pagan por los servicios, exigen calidad y procuran obtener información que indique que los lugares de prestación de servicios o los proveedores correspondientes están calificados como “los mejores”. La acreditación especializada proporciona a los clientes una comparación objetiva (basada en estándares) entre los establecimientos de salud y puede llegar a convertirse en un medio para la participación de los clientes en el reconocimiento de la calidad a través de la representación del consumidor en el organismo de acreditación.

Es muy probable que la acreditación especializada, con su evaluación más selectiva y mayor hincapié en las medidas de los resultados de desempeño en los centros de salud primaria, será útil también para la evaluación de servicios médicos domiciliarios y comunitarios, dos áreas de servicios que se están expandiendo rápidamente. Por último, la acreditación especializada es ideal para la promoción de servicios de calidad para poblaciones especiales con necesidades específicas (ej., los adolescentes o la gente de edad avanzada). El proceso puede ayudar también a identificar aquellos establecimientos “acreditados” con capacidad de prestar servicios de calidad y destinados a responder a las necesidades de tales sectores especiales de la población.





# ISQua crea una nueva Federación de Acreditación

Sean Yu, BA, Asistente de comunicaciones

**L**A *International Society for Quality in Health Care* (ISQua - Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención de la Salud) se encuentra preparando las bases para el primer organismo mundial que abarque todas las organizaciones nacionales de acreditación de establecimientos de salud. El nuevo organismo, cuya estructura es federada, llevará el nombre de Federación de Acreditación ISQua. Este grupo de intereses especiales, que funciona bajo el auspicio global de ISQua, supervisará la preparación de la Agenda para el Liderazgo en los Programas para la Acreditación de los Establecimientos de Salud (ALPHA en inglés), el nombre colectivo que reciben todas las actividades de ISQua que están relacionadas con la acreditación.

ALPHA se inició en una serie de reuniones anuales, a comienzos de 1994, celebradas entre los representantes de programas nacionales de acreditación de larga data y los de aquellos países en que se acababa de implementar la acreditación o en los que se estaba estudiando hacerlo. En 1996 se propuso que ISQua estuviera al frente del desarrollo y mantenimiento de estándares internacionales, así como el análisis de maneras en que las organizaciones de acreditación pudieran colaborar con carácter de consejo internacional. El lanzamiento del programa ALPHA por parte de ISQua representa un paso importante hacia el desarrollo de un método global para la alineación de estándares de atención de la salud y los procesos de acreditación.

Se aprobó la estructura final de la federación, así como el consejo y los subcomités y entraron en funcionamiento para el Sexto Simposio de Acreditación de ISQua realizado en octubre de 1999. El Consejo de la Federación, que dependerá de la Junta Ejecutiva de ISQua, dirigirá el programa ALPHA que tendrá varios componentes:

- Apoyo para la ejecución de actividades de acreditación en distintos países.
- Mantenimiento y posterior formulación de un marco internacional de principios que sirva de base para estándares nacionales de atención de la salud.

## International Society for Quality in Health Care

La International Society for Quality in Health Care (ISQua), constituida en Australia y que consta de miembros de más de 60 países, es una organización sin fines de lucro que permite a los particulares y las organizaciones que compartan su interés por la calidad de la atención de la salud intercambiar conocimientos y experiencia por medio de un foro multidisciplinario internacional. ISQua ya es bien conocida por su labor en materia de acreditación y estándares. No obstante, según lo que comenta Lee Tregloan, Director Ejecutivo de ISQua:

“ISQua, como organización, implica mucho más que acreditación y estándares. Un subcomité de la Junta de ISQua dirigió la labor inicial de ALPHA y, al igual que muchas organizaciones, se encuentra actualmente transfiriéndola a un grupo representativo mucho más amplio. ALPHA se realizará en forma paralela a otras actividades. La acreditación y la formulación de estándares están consideradas parte de una serie de metodologías necesarias para facilitar la calidad en la atención de salud. Por consiguiente, ISQua está realizando actividades también en el campo de la medición y el mejoramiento del desempeño, basándose en que estos aspectos no solamente se relacionan con la acreditación; otros están colaborando con los gobiernos en el desarrollo de políticas de calidad y programas de educación.

El Sexto Simposio de Acreditación de ISQua se celebró del 10 al 11 de octubre de 1999, en Melbourne, Australia, justo antes del inicio de la 16ª Conferencia Internacional de Calidad en Atención de la Salud que se celebró del 12 al 15 de octubre de 1999 en Melbourne también. El personal del PGC presentó dos ponencias en la conferencia de octubre. “Mejoramiento de la calidad en un sistema de atención” y “Evaluación de los Programas de GC”.





- Evaluación y aprobación de estándares nacionales de acreditación.
- Mantenimiento y posterior formulación de una serie de estándares internacionales para las operaciones de los organismos nacionales de acreditación.
- Servicios de evaluación a cargo de colegas para los organismos nacionales.
- Elaboración de un programa de “acreditación para acreditadores”.

El Proyecto de Garantía de Calidad (PGC) ha solicitado la categoría de Miembro Asociado de la Federación de Acreditación de ISQua. La afiliación en la categoría de Miembro Asociado indica que la organización se encuentra en el proceso de elaborar un programa de acreditación que, al establecerse plenamente, la organización se convertirá en Miembro con pleno derecho, es decir una organización que efectúa la acreditación de los servicios de atención de la salud como su función primaria y que abarca áreas o servicios clínicos específicos. Los beneficios de la afiliación incluyen el acceso a estándares internacionales de ISQua como la base de evaluación por parte de colegas y la ampliación del alcance de acreditación de la organización miembro.



#### **Del presidente de ISQua . .**

“ISQua está dedicada ahora a planes de implementación para evaluar estándares nacionales de acreditación de la atención de la salud que respondan al marco normativo aprobado y varias organizaciones de acreditación han expresado interés en someterse a una evaluación a cargo de colegas durante el próximo año para la correspondiente acreditación internacional que las califique como organización acreditada.

Aquellas organizaciones miembro de ISQua que ya funcionen como organizaciones acreditadas podrán aspirar a obtener la afiliación con pleno derecho. La afiliación con carácter de miembro asociado está a disposición de miembros individuales e institucionales de ISQua. Comunicarse con ISQua en [www.isqua.org](http://www.isqua.org) para obtener más información.”

## Nuevos productos del PGC

Bouchet, B. 2000. Monitoring the quality of primary health care. *Health Manager's Guide* 1(1) (inglés, español y francés).

Budeyeva, M. 2000. The Tuberculosis Case Management CD-ROM. *Quality Performance Learning Series* 1(2).

Kelley, E., C. Geslin, S. Djibrina, y M. Boucar. 2000. Improving performance with clinical standards: The impact of QA methods on compliance with the Integrated Management of Childhood Illness

algorithm in Niger, West Africa. *Operations Research Results* 1(2).

Knebel, E., S. Lundahl, A. Edward Raj, y H. Abdallah. 2000. The use of manual job aids by health care providers: What do we know? *Operations Research Issues Paper* 1(1).

Knebel, E. 2000. The use and effect of computer-based training in health care. *Operations Research Issue Paper* 1(2).





## El mejoramiento de la implementación de la AIEPI

Edward Kelley, PhD, Asesor Principal en GC

EL Programa de Investigación de Operaciones (IO) del Proyecto de Garantía de Calidad (PGC) tiene por objeto elaborar y probar métodos rentables para la garantía de calidad en los países en desarrollo. Para informar a los socios en los países en desarrollo y a los organismos colaboradores acerca de los resultados obtenidos en el terreno, el PGC incluye noticias sobre la investigación de operaciones en la publicación *Noticias*. Estas noticias presentan los resultados de la labor del PGC en el mejoramiento del algoritmo de la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), un conjunto de pautas clínicas para la atención de niños enfermos menores de cinco años.

El algoritmo de AIEPI está destinado a tratar las causas más comunes de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo: sarampión, malaria, neumonía, diarrea, infecciones de oído, desnutrición, anemia y falta de inmunización adecuada. La OMS y UNICEF han presentado el algoritmo en más de 50 países de todo el mundo.

Si bien hay suficientes pruebas de que la correcta aplicación de la AIEPI ayuda al tratamiento eficaz de los niños enfermos, en la práctica, los profesionales de la salud no cumplen con todo el algoritmo. Los profesionales de la salud informan que el algoritmo toma mucho tiempo, que reciben poca orientación para el uso correcto del mismo después de la capacitación y que los medicamentos y suministros necesarios para el cumplimiento no siempre están disponibles.

El Programa de IO del PGC ha formulado una estrategia múltiple destinada a abordar las dificultades que obsta-

culizan la implementación de AIEPI en aquellos países en que trabaja el PGC. A continuación aparecen los aspectos prioritarios de esta estrategia.

Las investigaciones son constantes en casi todos los campos anteriores y ya se dispone de los resultados de una serie de estudios. El PGC, por ejemplo, ha tratado de mejorar el dominio del algoritmo de AIEPI por parte de los profesionales de salud mediante la elaboración de un programa de capacitación computarizado que ya se ha probado en Uganda. En este país, el programa recibió grandes elogios de parte de los funcionarios del

Ministerio de Salud y los participantes de un curso de capacitación de AIEPI consideran al programa computarizado como una herramienta útil y novedosa para aprender.

Lo más importante es que los resultados de los conocimientos posteriores al examen y los resultados de la aplicación en el terreno indican que no hay diferencias importantes entre la capacitación computarizada y los cursos tradicionales de AIEPI.

### Áreas prioritarias para la implementación eficaz de la AIEPI

- **Pleno conocimiento.** Los profesionales de la salud logran suficiente conocimiento y tienen la capacidad de realizar el AIEPI en forma correcta y eficiente
- **Actitudes.** Los profesionales de la salud tienen actitudes positivas con respecto a AIEPI
- **Consecuencias.** Para los profesionales de la salud, las consecuencias positivas de AIEPI superan las consecuencias negativas
- **Asistencia.** Los profesionales de la salud capacitados en AIEPI tienen un sistema de asistencia eficaz
- **Recursos.** El establecimiento tiene suficientes recursos para la ejecución correcta de AIEPI

Sin embargo, gracias a lo que se ahorran en tiempo del facilitador y de clase, el curso computarizado cuesta de 20 a 25 por ciento menos que el curso tradicional. Este estudio sigue en marcha y habrá más resultados en el invierno del año 2000. También se está trabajando para contar con una traducción al español del programa. Este programa se desarrolla en Bolivia con la colaboración de USAID.

Mientras tanto, en Níger, ya se disponen los resultados finales de dos estudios de AIEPI. Uno de ellos midió el



impacto sobre los costos del mayor cumplimiento de los profesionales de salud en materia de tiempo y medicamentos. El otro estudio examinó el efecto de dos métodos específicos de garantía de calidad, los comentarios estructurados y los equipos de mejoramiento de la calidad, en el mejoramiento del cumplimiento.

El primer estudio determinó que, en niveles razonables de cumplimiento (75 por ciento), AIEPI tiene la capacidad potencial de ofrecer ahorros importantes en materia de costos a través de un uso más racional y eficiente de los medicamentos sin aumentar el tiempo que los profesionales de salud dedican a sus clientes.

El segundo estudio descubrió que el uso de los comentarios estructurados, una herramienta sumamente asequible que representa menos del 25 por ciento del costo de la capacitación tradicional, tiene buenas perspectivas para mejorar el rendimiento de los profesionales de salud en partes problemáticas del cumplimiento. Los equipos de mejoramiento de la calidad, por sí solos, exhibieron también más probabilidades como

herramienta para los distritos que implementan el algoritmo de AIEPI. Los establecimientos que realizan más actividades de mejoramiento de la calidad tuvieron un desempeño mucho mejor en los indicadores de AIEPI que otros establecimientos comparables sin equipos. Estos resultados se resumen en el cuadro adjunto.

El PGC tiene intenciones de continuar su labor de líder en el estudio y mejoramiento de los métodos para la implementación de AIEPI a través de su programa de IO. Pronto estarán disponibles los informes de una serie de estudios. Además, ya se terminó la versión de Uganda del programa de capacitación computarizado en AIEPI y se prevé finalizar la de Bolivia en la primavera del 2000.

Para obtener más información sobre cualquiera de estos productos, sírvase comunicarse con el Dr. Ed Kelley, Proyecto de Garantía de Calidad, en [ekelley@urc-chs.com](mailto:ekelley@urc-chs.com).



## Resultados locales: Conclusiones selectas de la investigación de operaciones de AIEPI del PGC

### Capacitación por computadora en comparación con la capacitación tradicional

- No hay diferencias importantes en los conocimientos ni en el rendimiento
- El curso de capacitación computarizado es alrededor de 20 a 25 por ciento más barato que el curso normal, si no se incluyen los gastos de software y hardware

### Resultados del cumplimiento de AIEPI en materia de ahorros en medicamentos

- Hay ahorros del orden del 60 por ciento en los niveles más altos de cumplimiento (cumplimiento >85%)
- Además, los costos de tiempo de las consultas cliente-proveedor parecieran no aumentar en los niveles más altos de cumplimiento

### Los retroalimentación mejora aquellos aspectos deficientes de aplicación de AIEPI

- La retroalimentación es cuatro veces más económica que la capacitación tradicional
- La retroalimentación mejora ciertos aspectos de evaluación en un 34 a 85 por ciento
- Sin embargo, la retroalimentación no pareciera reforzar los aspectos de mayor rendimiento

### El mejoramiento de la calidad en equipo puede ayudar a los profesionales a mejorar su desempeño

- Los establecimientos con equipos de mejoramiento de la calidad tienen más probabilidades (chi cuadrado 7,001,  $p=0,008$ ) de tener un rendimiento superior a lo normal tanto en el cumplimiento global de AIEPI como en los indicadores específicos de AIEPI



## Recursos electrónicos

### **QCI International**

[www.qci-intl.com](http://www.qci-intl.com)

Esta compañía de servicios completos de consultoría, capacitación y publicaciones representa una buena fuente de productos y servicios relacionados con la gestión total de calidad. Se concentra en equipos, como por ejemplo equipos de participación de empleados, con énfasis en la adquisición de conocimientos de facilitación y dirección de equipos.

### **Medical Quality Assurance (MQA)**

[www.doh.state.fl.us/mqa/](http://www.doh.state.fl.us/mqa/)

MQA tiene la responsabilidad de la planificación, desarrollo y coordinación de programas y servicios de 18 juntas fiscalizadoras, seis consejos y cinco profesiones directamente administradas por el Departamento de Salud de Florida. MQA formula políticas para regular eficazmente los profesionales médicos y procurar siempre la protección de la salud y el bienestar de los residentes de Florida. Dispone de muchos enlaces, incluso la comprobación de licencias de profesionales de salud e información sobre profesiones reguladas.

### **HQHQ**

[www.hqhq.org](http://www.hqhq.org)

Este sitio de FUN produce materiales didácticos educacionalmente certificados para la población mundial actual de profesionales de salud. La capacitación en línea es económica y está concebida para mantener el interés de cualquier usuario. Las telenovelas “Candhu” (Se puede) y “Nocandhu” (No se puede) y los textos didácticos se basan en situaciones reales, pero tienen un giro distinto. La sección “Pruebas del aprendizaje” da a los participantes la oportunidad de verificar cómo van avanzando (incluso sus respuestas a las preguntas) por medio de una revisión por correo electrónico. Se otorga el certificado de PGEA/CPD, que otorga dos unidades académicas por cada unidad que se completa.

### **International Journal of Health Care Quality Assurance**

[www.mcb.co.uk/cgi-bin/mcb\\_serve/](http://www.mcb.co.uk/cgi-bin/mcb_serve/)

Esta publicación profesional, publicada en Gran Bretaña, provee un foro para el intercambio internacional de los aspectos teóricos y prácticos de garantía y gestión de calidad en los servicios de atención de salud. Procura también desarrollar conocimientos sobre garantía de calidad y su implementación en organizaciones de atención de salud. Los artículos presentados a la publicación tienen que ser aportes originales que no estén siendo objeto de consideración para alguna otra publicación.

### **IQMA Classifieds**

[www.openhouse.org.uk](http://www.openhouse.org.uk)

Dirección de correo electrónico (email): [iqma@openhouse.org.uk](mailto:iqma@openhouse.org.uk)

Este sitio representa un centro de intercambio de información para aquellas personas interesadas en todos los aspectos de garantía de calidad. Los interesados pueden poner anuncios clasificados en las siguientes categorías: cursos de capacitación en calidad, reclutamiento, artículos para la venta, artículos que se buscan, investigaciones, publicaciones y clasificados generales. No está especialmente orientado a la atención de salud.

### **AddVal Inc.**

[www.addvalinc.com](http://www.addvalinc.com)

AddVal Inc., fundada por ejecutivos de enfermería, se especializa en credenciales y verificación primaria, mejoramiento de calidad y consultas de acreditación. Su misión es agregar valor a los servicios de atención de salud, crear productos y servicios para médicos, compañías de atención administrada y hospitales. Sus consultores especializados en servicios de enfermería crean planes de trabajo específicos para las necesidades institucionales y para resolver problemas a la vez que responden a los plazos del cliente.

### **American Society for Quality (ASQ)**

[www.asq.org](http://www.asq.org)

ASQ promueve el desarrollo de excelencia en el desempeño individual e institucional y proporciona información a los principiantes, así como a los profesionales idóneos. Su enlace de Estándares y Certificación proporciona información sobre los estándares ISO 9000 e ISO 14000, los requisitos QS-9000 y el programa de certificación de ASQ. Se dispone de un catálogo en línea. Algo útil también es el enlace con la Virtual Quality Network, un directorio de productos y servicios para mejoramiento continuo de calidad.

### **Registrar Accreditation Board (RAB)**

[www.rabnet.com](http://www.rabnet.com)

El sitio RAB ofrece acceso a bases de datos en que se pueden efectuar búsquedas de auditores, cursos de capacitación o registros acreditados. Se trata de una fuente completa de información en registros ISO 9000 e ISO 14001 aprobados por RAB, proveedores de cursos de capacitación y auditores individuales. Proporciona también actualizaciones trimestrales sobre sus programas nacionales de certificación y acreditación. El usuario puede descargar una aplicación para la certificación como auditor QMS o auditor interno QMS.

El **Proyecto de Garantía de Calidad** está administrado por el Center for Human Services [Centro de Servicios Humanos] en colaboración con la Joint Commission Resources (conocida antes con el nombre de Joint Commission International) y la Universidad Johns Hopkins, incluyendo la Facultad de Higiene y Salud Pública, The Center for Communication Programs [El Centro para Programas de Comunicación] y el Programa de Educación Internacional en Salud Reproductiva de John Hopkins (JHPIEGO). El proyecto está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, en función del Contrato Número HRN-C-00-96-90013. Si desea más información, comuníquese con:

**Dr. David Nicholas, Director  
Quality Assurance Project  
Center for Human Services  
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600  
Bethesda, MD 20814-4811  
dnicholas@urc-chs.com**



o bien,

**Dr. James Heiby, Project Manager  
G/PHN/HN/HPR  
U.S. Agency for International Development  
Washington, DC 20523-1817  
jheiby@usaid.gov**

# Noticias ■ ■ ■

NOTICIAS DEL PROYECTO DE GARANTÍA DE CALIDAD

Center for Human Services • 7200 Wisconsin Avenue • Bethesda, MD 20814-4811 • (301) 654-8338