

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

**“SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Y APLICACIÓN EN LOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR”**

Carlos Daniel Zapata López

Sandra Salazar, MD., MPH.,

Director de Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de
Magister en Salud Pública

Quito, octubre de 2014

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Posgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**“SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Y APLICACIÓN EN LOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR”**

Carlos Daniel Zapata López

Sandra Salazar. MD,MPH.,

Director de Trabajo de Titulación

.....

Fernando Ortega, MD. MA, PhD.,

Miembro del Comité de Trabajo de Titulación

.....

Ramiro Echeverría, MD.,MPH.

Miembro del Comité de Trabajo de Titulación

.....

Fadya Orozco, MD., Ph.D.

Director de la Maestría Salud Pública

.....

Fernando Ortega Pérez MD.,MA, Ph.D.

Decano de la Escuela Salud Pública

.....

Victor Viteri Breedy, Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

.....

Quito, octubre de 2014

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Carlos Daniel Zapata López

C. I.: 1802247328

Fecha: Quito, octubre de 2014

DEDICATORIA

Detrás de cada gran batalla existen muchas personas responsables de su resultado con quienes se logra el éxito esperado, sin embargo existen personas que se convierten en la razón de esas batallas; Jorge Echeverría Rueda mi papá suegro, es una de esas personas, que fue el motor, la fortaleza y la templanza para llegar al final de este trabajo académico, su apoyo constante, sus palabras de aliento y confianza transformaron mi carácter durante el cumplimiento de este logro profesional; Consuelo Galindo Proaño mi mamá suegra quien con su guía y soporte emocional me mantuvieron constante en cada esfuerzo entregado. Johana Echeverría Galindo, mi cuñada, mi hermana que formó parte de la construcción de este gran reto, su ayuda y colaboración traducen siempre mi gratitud.

Estefano Zapata Echeverría, es por ti y para ti amado hijo, fuente de inspiración y amor.

Soraya Echeverría, mi esposa, lo hicimos amor mío...!

Todas las personas encontramos un hogar donde encontramos nuestro corazón, y hoy dentro de mi hogar junto a mi esposa, mi hijo, mi cuñada y mis suegros, mi hogar se convierte en la mejor parte de mi vida y por quienes entrego todo el esfuerzo plasmado en el presente trabajo.

Mil gracias por la familia, el hogar y la maravillosa vida que me dan día a día.

AGRADECIMIENTOS

A Fernando

Por su apoyo y enseñanza a lo largo de este camino, su profesionalismo y entrega ayudaron permanentemente al desarrollo de este trabajo.

A Sandra

Por impulsar las destrezas investigadoras en cada uno de mis trabajos y perfilarlos siempre hacia la excelencia y la calidad del trabajo científico.

A Soraya

Por ser la mejor compañera, amiga y esposa que me motivó y me acompaña en cada reto adquirido.

A Jorge, Consuelo y Johana

Por ser la energía, el amor, la comprensión y la ayuda dentro mis sueños, por ser parte importante de este triunfo.

A Carlos y Marlene

Por mantenerme cubierto con sus bendiciones a pesar de la distancia.

RESUMEN

En la presente investigación se realizó un estudio documental de los sistemas de gestión de calidad de salud: Joint Commision International , Accreditation Canadá y el modelo propuesto por la European Foundation for Quality Management (EFQM); y la discusión de una posible aplicación o no, de uno de ellos en los servicios hospitalarios públicos del Ecuador. Se parte de la revisión bibliográfica de los modelos propuestos siendo los mismos, los de mayor reconocimiento y aplicación mundial.

Objetivo: Comparar los modelos de calidad Joint Commision International, Accreditation Canadá y el modelo propuesto por la European Foundation for Quality Management (EFQM); para establecer ventajas de uno u otro modelo en los Servicios de Salud Pública del Ecuador.

Metodología: En el presente trabajo se realizó una Investigación documental, en el cual se revisaron fuentes bibliográficas físicas y on-line que permitan definir y caracterizar los sistemas de gestión de calidad hospitalaria propuestos para la investigación.

Resultados: Los resultados finales se enmarcaron dentro de la caracterización y discusión entre cada sistema de gestión de calidad propuesto y el análisis de ventajas y posible aplicación en los servicios hospitalarios públicos del Ecuador.

Palabras Clave: sistemas de gestión de calidad, acreditación hospitalaria, calidad en salud.

ABSTRAC

In the current research it was a documentary study of quality health management systems. Joint Commission International, Accreditation Canada and the model proposed by the European Foundation for Quality Management (EFQM); and discussion of a possible application or not, of one of them in the public hospital services in Ecuador. It was part of the literature review of the proposed models that were most widely recognized and applied worldwide.

Objective: To compare the quality models International Joint Commission, Accreditation Canada and that proposed by the European Foundation for Quality Management (EFQM) model; to establish advantages of either model in the Public Health Services of Ecuador.

Methodology: This paper, constitutes a documentary research, in which physical and on-line sources were studied in order to define and characterize the systems proposed to improve hospital quality management.

Results: Final results will be framed within the characterization and discussion between each set of proposed quality management and analysis of advantages and possible application in public hospital services of Ecuador.

Keywords: quality management systems, hospital accreditation, quality health

TABLA DE CONTENIDO

I. RESUMEN	7
II. ABSTRAC.....	8
III. TABLA DE CONTENIDO	9
IV. TABLAS	17
V. INTRODUCCIÓN	18
VI. MARCO TEÓRICO	20
Calidad en la Salud	20
Calidad en Salud en el Ecuador	22
El Modelo de atención integral en Salud (MAIS) del Ecuador y la Calidad de la Salud.	26
Modelos de Calidad en Salud.....	30
Joint Commission International Accreditation JCIA / JCAH	33
Accreditation Canada / Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA).	38
European Foundation for Quality Management (EFQM).....	47
VII. JUSTIFICACIÓN.....	57
VIII. OBJETIVOS.....	58
IX. METODOLOGÍA	59
Diseño de la Investigación y tipo de Estudio.	59
Descripción del Área	59
Técnica y Método	59
Herramientas a utilizar	60
Análisis de Datos.....	60
X. DISCUSIÓN	61

XI. CONCLUSIONES	71
XII. TABLA N°4	82
XIII. ANALISIS DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	82
XIV. EFQM	82
XV. JCIA / JCHO	82
XVI. CCHSA	82
XVII. Modelo de evaluación de calidad, que inicia con una autoevaluación seguida de una evaluación externa. Está formada de 9 criterios de evaluación: 5 criterios facilitadores y 4 criterios de resultados.	82
XVIII. Criterios Facilitadores: Liderazgo, Personas, Política y Estrategia, Alianzas y Recursos, Procesos.	82
XIX. Criterios Resultados: Resultados en Personas, en Clientes, en la Sociedad y resultados Clave.	82
XX. Cada Subcriterio va asociado a un número variable de áreas a abordar	82
XXI. Modelo de acreditación mediante la evaluación externa. Consiste en una enunciación de indicadores y estándares de consenso internacionales. Está formado por dos grandes bloques:	82
XXII. Estándares centrados en los pacientes:	82
XXIII. • Accesibilidad y continuidad en la atención.	82
XXIV. • Derechos del paciente y su familia	82
XXV. • Evaluación del paciente.	82

XXVI. • Atención del paciente.....	82
XXVII. • Educación de paciente y su familia.....	82
XXVIII. Estándares de gestión de la organización Sanitaria:	82
XXIX. • Gestión y mejora de la calidad.....	82
XXX. • Prevención y Control de la Infección	82
XXXI. • Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección.	82
XXXII. • Gestión y Seguridad de las Instalaciones.....	82
XXXIII. • Formación y cualificaciones del personal.	82
XXXIV. • Gestión de la información.....	82
XXXV. Modelo de acreditación mediante evaluación externa. Trata de una enunciación de estándares. Dentro de cada estándar se define las actividades a realizar para alcanzarlos.	82
XXXVI. Tiene cuatro grupos de estándares o secciones que deben ser evaluados obligatoriamente en todas las organizaciones:.....	82
XXXVII. • Liderazgo o Alianzas o asociaciones.....	82
XXXVIII. • Medio Ambiente	82
XXXIX. • Recursos Humanos	82
XL. • Gestión de la Información.....	82
XLI. A estos estándares le siguen secciones que incluyen estándares específicos para cada uno de los tipos de organización sanitaria, como procesos agudos, rehabilitación entre otros.	82

XLII. TABLA N°5.....	83
XLIII. CARACTERIZACIÓN DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	83
XLIV. EFQM.....	83
XLV. JCIA / JCHO	83
XLVI. CCHSA	83
XLVII. PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN.	83
XLVIII. Modelo de evaluación de la calidad .constituido por un conjunto de factores o criterios que interrelacionados entre sí definen a una organización teóricamente excelente, capaz de lograr y mantener los mejores resultados posibles dentro del principio de Mejora Continua.....	83
XLIX. Modelo de acreditación que promueve la mejora de la atención que reciben los ciudadanos , cuyos principios están en el enfoque asistencial que tiene el paciente como eje central de la organización, la calidad tiene como protagonistas a las personas que se da el servicio y a las personas que dan el servicio.	83
L. Modelo de acreditación promueve la mejora continua por lo que sus principios de mejora de la calidad son: la organización identifica claramente a la población a la que sirve, y sus necesidades, la organización evalúa los procesos y resultados de sus servicios y utiliza esta información para tomar decisiones; las actividades de la evaluación involucran equipos de personas (de todos los estamentos de la organización) para llevar a cabo el trabajo y finalmente una dirección fuerte promueve la mejora de la calidad y ayuda a las personas a tener una visión de la calidad y un plan de calidad.	83

- LI. METODLOGÍA DE APLICACIÓN. 83**
- LII. La aplicación de este modelo a una unidad de salud consiste en realizar una evaluación de los diferentes elementos que la integran (valores, modelo de gestión, procesos, resultados, etc.) y comparar los resultados con el referente teórico definido por la EFQM. Esta comparación permite, fundamentalmente, identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora de la unidad que se evalúa y facilita una visión de su situación respecto a la excelencia sostenida definida por el modelo 83**
- LIII. La organización se somete a una evaluación externa realizada por un equipo de evaluadores previamente preparados por la misma JCI , profesionales de amplia experiencia en el sector servicios de salud generalmente suelen ser profesionales del mismo centro para poder realizar una evaluación “inter pares” , esta es una evaluación continua y la organización está sujeta a realizarla cada tres años , esto permite introducir nuevos estándares que se considere puedan aportar mejoras a los procesos asistenciales y organizativos. 83**
- LIV. Dentro del programa de acreditación del CCHSA, las organizaciones hacen primero su propia revisión, llamada auto-evaluación, basándose en los estándares nacionales de excelencia, y después son sometidas a una revisión por pares. Después de la evaluación, el CCHSA entrega un informe a las organizaciones, junto a una decisión de acreditación. Las organizaciones siguen entonces las recomendaciones del informe, continúan con las mejoras continuas de sus servicios y actualizan su auto-evaluación. 83**

- LV. El proceso de acreditación es un ciclo continuo de aprendizaje y de mejora. Una organización pasa por cada etapa del ciclo a lo largo de un periodo de tres años, así por ejemplo una organización es evaluada una vez cada tres años.84**
- LVI. CRITERIOS DE CALIDAD 84**
- LVII. Liderazgo, Personas, Política y Estrategia, Alianzas y Recursos, Procesos, Resultados en Personas, en Clientes, en la Sociedad y resultados Clave..... 84**
- LVIII. Cada Subcriterio va asociado a un número variable de áreas a abordar..... 84**
- LIX. Accesibilidad y continuidad en la atención, Derechos del paciente y su familia, Evaluación del paciente, Atención del paciente, Educación de paciente y su familia, Gestión y mejora de la calidad, Prevención y Control de la Infección, Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección, Gestión y Seguridad de las Instalaciones, Formación y cualificaciones del personal, Gestión de la información. 84**
- LX. La mejora de la calidad es un acercamiento de la dirección y un sistema que busca cubrir las necesidades y expectativas del cliente utilizando para ello un proceso estructurado que identifica las áreas de mejora y que mejora todos los aspectos de los servicios de la organización, incluidos los resultados de los servicios proporcionados a los clientes. 84**
- LXI. RESULTADOS ESPERADOS 85**
- LXII. • Identificar oportunidades de mejora mediante la evaluación global de la organización..... 85**

- LXIII. • Comprender y analizar los motivos de las deficiencias detectadas, promover la identificación de soluciones creativas y facilitar la puesta en marcha de acciones de mejora..... 85**
- LXIV. • Orientar a la organización sobre los reajustes que debe acometer en sus recursos, actividades y objetivos para la consecución de una organización más eficiente. 85**
- LXV. La aplicación de los estándares de la JCI permite mantener el equilibrio entre los que estándares prescriptivos y aquellos que son más indicativos. Los estándares indicativos permitirán al centro hacer un determinado protocolo o procedimiento, pero es el propio centro quien lo define y los evaluadores comprobarán si se hace tal y como el centro lo ha definido. El resultado de los estándares de carácter prescriptivo, definen con precisión qué es lo que hay que hacer. Estos últimos contribuirán a definir y hacer de guía de las cosas que hay que hacer. 85**
- LXVI. Una organización que se compromete con la mejora de calidad encuentra la manera de mejorar los servicios que proporciona a sus clientes, a su comunidad, a su personal, a sus socios, y a otros participantes. La demanda de mejora de la calidad siempre está presente. 85**
- LXVII. • En cuanto a Indicadores de Calidad, dentro de la Tabla N°5 se puede apreciar las diferencias sustanciales entre los dos modelos de acreditación internacional y el modelo de evaluación de la calidad, se realizó la comparación entre los Criterios de Calidad con los cuales cada modelo trabaja, sin embargo poco se ha mencionado sobre los indicadores de calidad con los que cada**

modelo trabaja. Por lo que a continuación se desarrollará a modo de ejemplo los contenidos de los criterios de calidad y sus indicadores:86

LXVIII. Para este analices es importante recordar como ya se lo ha mencionado, la existencia de criterios de calidad que posee cada modelo, cada criterio encierra un subcriterio y cada subcriterio está compuesto por varios indicadores que permitan medir la calidad del proceso de atención. Es así como por ejemplo:.....	86
LXIX. • Liderazgo o Alianzas o asociaciones.....	90
LXX. • Medio Ambiente	90
LXXI. • Recursos Humanos	90
LXXII. • Gestión de la Información	90
LXXIII. Cada uno de ellos con distintos estándares que se ajustan según la necesidad de la organización, por ejemplo:	90
LXXIV. Criterio: Liderazgo O Alianzas o asociaciones, tiene 14 estándares entre ellos	90
LXXV. ➤ Equipos de liderazgo sólidos	90
LXXVI. ➤ Plan Estratégico.....	90
LXXVII. ➤ Plan Operacional	90
LXXVIII. ➤ Identificación de necesidades	90
LXXIX. ➤ Visión, Misión.....	90
LXXX. Los detalles de cada indicador constan dentro del paquete de acreditación que demanda un pago para su acceso; sin embargo los referidos han sido tomados	

**de proceso de auto evaluación para a la acreditación que está llevando a cabo
el Hospital Provincial General Docente Riobamba. (2013).90**

LXXXI. RECOMENDACIONES91

LXXXII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS94

TABLAS

Tabla 1: Estructura del manual de estándares de acreditación de hospitales 2000 de la JCIA. 36

Tabla 2: Resumen de las dimensiones de la Calidad del Canadian Council on Health Services. 46

Tabla 3: Conceptos Fundamentales de Excelencia EFQM..... 53

Tabla 4: Análisis de los principales modelos de Evaluación / Acreditación. 82

Tabla 5 Caracterización de los principales Modelos de Evaluación y Acreditación 85

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de calidad se hace difícil definirla con precisión , ya que encierra una serie de significados que dependen de la posición que cada persona tenga dentro de una u otra organización siendo de esta forma varios los sectores que han emitido diferentes definiciones a lo largo del tiempo. Uno de los primeros sectores influidos en los últimos tiempos por el proceso de la calidad ha sido el de los servicios de salud, el mismo que llegó a generar la necesidad de implementar un Sistema de calidad ante el creciente empoderamiento de los usuarios; dado que cada vez es mayor la concientización de los pacientes como usuarios del servicio, frente al elevado índice de insatisfacción de los usuarios externos e internos, y la poca accesibilidad de los servicios de salud, entre otros.

Así en nuestra revisión bibliográfica encontramos que Lembcke, (1967) menciona que la evolución Histórica de la calidad de la atención en salud se inicia con Abraham Flexner (1866-1959), profesor Americano que en su Reporte Flexner sobre la reforma a la educación médica , publicado en 1910 textualmente dice que se observó “hospitales miserables”, trampas mortales sin equipos suficientes para hacer un examen clínico ordinario. El Colegio Americano de Cirujanos (1913) estableció estándares mínimos para la profesión y enseñanza médica, y en el año de 1918 define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria y los criterios mínimos de acreditación.

La OMS (1984) propicia la política de calidad en salud como meta para 1990.

Vuori (1988) menciona que la calidad tiene dos categorías: la calidad lógica que se centra en los procesos de toma de decisiones y la calidad óptima que incluye a todos los procesos destinados a optimizar los resultados de los servicios.

MARCO TEÓRICO

Calidad en la Salud

De manera paulatina se ha ido incorporando en nuestro país el concepto de calidad, aplicado a los servicios del sector salud. Sin embargo el apareamiento de la calidad no involucra que estos servicios no hayan buscado constante y permanentemente la excelencia en el servicio, de una u otra manera.

Sin embargo Williams (1999), menciona que.

“La adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha llegado a provocar un acondicionamiento de las necesidades de los unos sobre los otros, repercutiendo de forma saludable en los mismos; es decir, que no se trata de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que la misma sea percibida por el usuario”.

Williams señala además:

“En el sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario; estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, es decir con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud”.

Por otra parte en Estados Unidos, en el año de 1912, se crean los primeros estándares mínimos de la actuación profesional de los médicos y que debían ser cumplidos por los miembros del Colegio de Cirujanos en hospitales; desde ese momento se han ido incrementando paulatinamente otros criterios que contemplan a todo el sistema de atención a la salud. Este gran interés aparece a

partir de la aceptación de los cambios que resultaron relativamente exitosos en la burocracia industrial, los mismos que fueron adoptados en los hospitales a finales del Siglo XIX y los primeros 30 años del siglo XX. Salinas, Gonzales (2008).

A inicios de la década de los 70s del siglo XX señala, Salinas y Gonzales que el interés por evaluar la calidad y la productividad de los sistemas y centros de atención a la salud se incrementó sustancialmente como producto de las políticas de salud impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las crecientes restricciones presupuestales para lograr los objetivos diseñados.

El interés de garantizar la calidad en los servicios de salud aparece con la responsabilidad que el médico adquiere con su paciente de buscar lo mejor para él. Es así que de igual forma, la preocupación por la calidad actualmente está asociada a la reducción de la variabilidad innecesaria en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados. Suñol, Bañeres, (1997).

Según Lee, Jones (1993), en el campo de la atención a la salud, se ha definido a la calidad bajo la consideración de los siguientes criterios básicos:

- Prestar atención de acuerdo al estado actual de la ciencia;
- Prestar los cuidados apropiados a las necesidades;
- Otorgar en forma idónea la atención de cuidados de salud de que se es

capaz

- Lograr cuidados que satisfagan al paciente.

Es así que la atención a la salud debe establecerse por la comunidad científica, el profesional, el paciente y la sociedad. Con estas concepciones, Lee y Jones mencionan que los parámetros de la calidad en el campo de la atención de la salud serán diferentes, y dependerán de la posición funcional que las personas ocupen dentro de los servicios de salud.

Es decir, el concepto de calidad para el médico, el paciente, el administrador, la enfermera, el empleado, el empresario, etc. no es el mismo, lo que permite que haya una gran diversidad de parámetros de la calidad, con la consecuente dificultad teórica y metodológica para poder compararlos o complementarlos con el fin de lograr un indicador único y válido.

Calidad en Salud en el Ecuador

En el Ecuador el sistema nacional de salud cuenta con algunas características similares a la de otros países de Latinoamérica, esto es debido a que se subdivide en dos sectores el público y el privado; por una parte el sector público lo encabeza el Ministerio de Salud Pública (MSP) quien ofrece servicios de atención de salud para toda la población, en algunas municipalidades se cuenta con programas de salud que brindan atención a la población que no está asegurada, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que brinda atención a

la población que se encuentra afiliada y está además el ISSFA Instituto de Seguridad Social de las fuerzas armadas y el Instituto de Seguridad Social de la policía . El sector privado por su parte comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada), además se encuentran las organizaciones sin fines de lucro de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada llegan a cubrir un porcentaje muy bajo de la población que registra ingresos medios y altos. CEPAL, (2005).

Con la reforma constitucional de 1998 se buscaba establecer el derecho a la salud con acceso universal y servicios públicos gratuitos; la ley orgánica del sistema nacional de salud de 2002 ratificó estos principios y el objetivo de extender la cobertura a toda la población incluyendo los servicios integrales de salud. OPS, (2008).

En el 2008 con la aprobación de la nueva Constitución Ecuatoriana, se recogieron las aspiraciones y propuestas de los sectores democráticos del país, las mismas que escribieron en un conjunto de principios y mandatos que reconocen los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos. Uno de esos aportes más importante es el que se sustenta en una visión de desarrollo que supera el enfoque economicista, concentrador y excluyente, hacia una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano, y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, todo en función de la

generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población. MSP, (2012).

Es así que desde esta perspectiva como primer paso el MSP realizó el fortalecimiento de las unidades médicas en cuanto a: infraestructura, equipamiento, recursos humanos; además impulsó la política de gratuidad progresiva de los servicios públicos, lo que llegó a incidir en el incremento significativo de la demanda hacia esta institución.

El objetivo actual del MSP es profundizar cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales, como:

- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud
- La reingeniería institucional pública y privada
- La articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y
- La reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.

Cambios que tienen como principio fundamental el derecho a la salud de la población, a través de la generación de condiciones para la construcción y cuidado de la misma. MSP, (2012).

En torno a lo que se refiere a los procesos de acreditación de las instituciones de salud y en general de los hospitales, es el MSP quien ejecuta y regula los procesos de licenciamiento y certificación, para lo cual establece “las normas para la acreditación de los servicios de salud” MSP –OPS, (1995).

Fue así como los primeros ensayos para viabilizar los procesos de acreditación para hospitales en el Ecuador , fueron liderados por el MSP, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE) en el año 1993 por medio de la elaboración del “Manual de contenido múltiple para la rehabilitación de los hospitales del Ministerio de Salud Pública y la Reunión de Apertura de la Acreditación de Hospitales en el Ecuador, la misma que contó con la asistencia y participación de todos los subsectores de la salud, con este manual se inicia el acercamiento necesario para lograr acciones conjuntas e integradas de los niveles políticos decisorios, técnico normativo y el nivel operativo para responder a las necesidades del sector de la salud asegura el Ministerio de salud pública.

El Modelo de atención integral en Salud (MAIS) del Ecuador y la Calidad de la Salud.

El Ministerio de Salud Pública en su publicación del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, (2012); define:

“El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud”.

Es así que el MAIS-FCI define como interactuaran los actores de los sectores público y privado, cada miembro de la red de servicios de salud y la misma comunidad para juntos llevar a cabo acciones que permitan dar soluciones integrales a las necesidades y problemas de salud de la población permitiendo de esta forma mejorar su calidad de vida.

Menciona además que el objetivo del modelo es integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, direccionando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de igual forma fortalecer el proceso de recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una

atención integral de calidad y gran respeto a las persona en su entorno y diversidad. OPS, (2009).

Dentro de los componentes del Modelo de Atención Integral de Salud, (2012) se ha establecido el Sistema de Control de Garantía de la Calidad el mismo menciona que tanto la Red Pública e Integral de Salud, como la complementaría deberán garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión definidos por el MSP. Este sistema de control de garantía de la calidad incluye:

- Gerencia estratégica, de proceso y de calidad de los establecimientos de salud, que comprende la organización efectiva y eficiente para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones integrales de salud con criterios de calidez y costo-efectividad.
- Definición de perfiles para cargos técnicos y de gestión de los servicios de salud, implementación de concursos de oposición y merecimientos y el registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación.
- Levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo
- La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica.
- Implementación de Auditoria Integral en Salud.
- Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada.

- Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos.
- Un sistema de capacitación continua en gestión y gerencia de los servicios de salud y de gestión clínica.
- Sistema de fármaco vigilancia.
- Implementación de mecanismos para la veeduría y control social de la gestión y atención de los establecimientos de salud.

Por otra parte, el MSP, (2013) publica el inicio de un proceso de Acreditación Hospitalaria Internacional, la mencionada publicación menciona que cuarenta y cuatro hospitales del Ministerio de Salud Pública serán parte del proceso de acreditación hospitalaria la misma que estará a cargo de la reconocida Accreditation Canada International (ACI), que trabaja actualmente en más de 40 países, especialmente con ministerios de salud.

Señala además que la acreditación responde a la decisión gubernamental de que la red pública de salud alcance estándares internacionales de calidad en atención y prestación de servicios a la ciudadanía.

Fue así como el 19 de julio del 2013 se desarrolló en la ciudad de Quito el taller de socialización y contenido del contrato con la organización canadiense, se explicó de igual forma en que consiste el proceso y cómo será ejecutado en los 44 hospitales seleccionados. MSP, (2013)

La etapa de evaluación, autoevaluación y capacitación inicio el 29 de julio hasta el 9 de agosto del 2013. Según el cronograma establecido, dos equipos de consultores visitaron los hospitales: Baca Ortiz (Quito) y Abel Gilbert Pontón (Guayaquil). La primera fase concluye en el Hospital del Puyo (Puyo) y en el Hospital Vicente Corral Moscoso (Cuenca).

Accreditation Canada International, explicó que el sistema de evaluación está compuesto por tres niveles los mismos miden la situación actual de los hospitales, así como la implementación de las recomendaciones de los consultores para mejorar los servicios.

Estos niveles mencionados son:

- Nivel Oro (básico): marca los elementos fundamentales de la calidad y seguridad. Es lo más básico que debe existir en un hospital.
- Nivel Platino: Se concentra en el cuidado del paciente y en la consistencia de entrega del servicio.
- Nivel Diamante: Se monitorean los resultados como evidencia de la implementación de recomendaciones para mejorar el servicio a los pacientes.

Al ser la calidad un tema de gran importancia y actualmente de una gran exigencia en los servicios de salud, este trabajo tiene el interés particular de analizar las condiciones de calidad en la atención de salud, por lo que se han revisado tres de los modelos internacionales actualmente más utilizados como son el Joint Commission International Accreditation JCIA / JCAH, Accreditation Canada

/ Canadian Council On Health Services Accreditation (CCHSA) y el modelo propuesto por European Foundation for Quality Management (EFQM),

Modelos de Calidad en Salud

Williams (1999) señala que: “A inicios del año 1900, la realidad de los hospitales en EEUU mostraban la presencia de grandes déficits de los establecimientos de salud, que no pasaban de ser más que pensiones para pacientes de pocos recursos, además no contaban con responsables del cuidado brindado, mucho menos se examinaba adecuadamente a los pacientes, existía una ausencia total de control de registros clínicos que terminaban siendo malos”.

De igual forma señala Williams que estas y otras conclusiones surgieron en 1910 del Informe Flexner, denominado así debido a que su autor es considerado el iniciador de las grandes transformaciones que tuvo la atención médica en EEUU en el siglo XX, este documento es considerado un importantísimo informe sobre la mala calidad de los servicios médicos de ese país.

Además como resultado de estos y otros factores, se fundó en 1912 el Colegio Americano de Cirujanos, cuyos objetivos centrales figuraron la necesidad de desarrollar un sistema de estandarización hospitalaria.

Después de una importante reunión de especialistas en 1917, se estableció formalmente, en 1918, el Programa del Colegio de Cirujanos de Estandarización de Hospitales; fue así que en lugar de medir resultados finales, el programa midió

el cumplimiento de los estándares relacionados con la calidad del cuidado. Como consecuencia de esta evaluación en 1919, el colegio Americano de Cirujanos adoptó cinco estándares oficiales para la prestación de cuidados en los hospitales y que se dieron a conocer colectivamente. Williams (1999)

Estos estándares fueron:

1. Los médicos y cirujanos privilegiados para ejercer en hospitales se encuentran organizados como grupo o como persona definida. Esto se refiere a la organización que tienen los médicos que regularmente actúan en el hospital;
2. Los médicos y cirujanos tienen certificados médicos y licencias médicas legales, sean competentes en su propia especialidad y tuvieran respeto por las normas éticas de la profesión, prohibiéndose la modalidad de división de honorarios bajo cualquier disfraz;
3. El personal adopte normas; reglamentos y políticas, tendientes a gobernar el trabajo profesional. En especial, celebrar reuniones por lo menos una vez al mes y analizar y evaluar en intervalos regulares de tiempo la experiencia clínica en los distintos servicios;
4. Se demuestre la exactitud y el llenado completo de los registros clínicos de todos los pacientes, incluyendo patología, radiología y servicios de laboratorio.

5. Hubiera instalaciones de diagnóstico y terapéuticas disponibles para el diagnóstico y tratamiento de pacientes, incluyendo patología, radiología y servicio de laboratorio. Williams (1999)

Además Williams menciona que él Dr. Franklin Martin, uno de los profesionales que trabajo en la elaboración del documento, expresó que la intención del mismo era salvaguardar el cuidado del paciente, la competencia de los doctores, asegurar el correcto diagnóstico y prohibir la práctica de la división de honorarios bajo cualquier circunstancia.

Joint Commission International Accreditation JCIA / JCAH

Con el incremento de la conciencia sobre la calidad de atención y la observación desprejuiciada de la realidad de los servicios hospitalarios, aparecieron los estímulos iniciales que impulsaron la idea de crear un programa de acreditación, es así como se crea en los Estados Unidos la Joint Commission Accreditation Hospital (JCAH).

La acreditación hospitalaria inicia así en los Estados Unidos partiendo de la primicia de 1919 cuando el Programa del Colegio de Cirujanos de Estandarización de Hospitales había acreditado solo 89 instituciones; para 1950 con el apareamiento de la Joint Commission Accreditation Hospital (JCAH) el número de acreditaciones llegó a 3290.

Este proceso de acreditación incluyó distintas etapas, entre las cuales: el desarrollo de estándares razonables; la difusión del pedido voluntario; la evaluación de los establecimientos realizado por profesionales conocedores de estándares; la realización de consultas y obtención de un consejo más amplio; y por último las acciones correctoras realizadas por los establecimientos para mejorar la calidad de los servicios. Williams (1999).

Para 1966 la JCAH inicio una revisión de los estándares entendiendo que la mayoría de los hospitales de EEUU habían logrado cumplir los entandares mínimos, al mismo tiempo, el Gobierno Federal decidió tomar parte de la definición de los niveles mínimos aceptables. Ya para el año de 1965 el Congreso

Americano aprobó la ley por la cual se creó el MEDICARE (Programa Federal de Atención Médica para mayores de 65 años) aceptando que los hospitales acreditados por la Joint Commision (JCAH) estaban en condiciones de brindar servicios sin requerir otra certificación. Williams (1999).

Para el año de 1994 es creada La Joint Comission International Accreditation (JCIA) por la JCAH y la Quality Healthcare Resources Inc, una empresa filial de la JCAH cuyo nombre en estos momentos es Joint Commission Resources Inc.

La JCHA y la JCIA son organizaciones independientes, no gubernamentales y sin fines de lucro. Actualmente la JCAH acredita a más de 17.000 organizaciones, centros o servicios sanitarios estadounidenses dentro del campo hospitalario, atención primaria, salud mental, atención domiciliaria, centros de larga estancia, redes de asistencia sanitaria, entre otros.

Esta evaluación descriptiva muy aparte del éxito obtenido, ha conducido a la JCAH a un replanteo de la orientación normativa del programa, entendiendo que los actuales estándares, estructurales y funcionales, no son del todo suficientes para mejorar la calidad de la atención hospitalaria.

Williams señala además que la organización ha emprendido un proceso de revisión metodológica tendiente a incorporar indicadores de resultados relacionados con el desempeño organizacional en los estándares de evaluación a los efectos de mejorar el actual perfil evaluativo.

Por otra parte la misión de la JCIA es ofertar servicios de formación, acreditación y consultoría a los clientes internacionales de la JACH, refiere la Fundación Avedis Donabedian (FAD) ; en el año 2000 la JCIA hizo públicos los primeros Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales, los mismos que son la base para la acreditación de centros fuera de los Estados Unidos. FAD, (2001),

Es importante señalar que el objetivo de este programa es provocar la demostración de una mejora continua y sostenida de las organizaciones de salud mediante la aplicación de indicadores y estándares de consenso internacionales. García (2007).

De igual forma la Fundación Avedis Donabedian (FAD) señala que estos estándares internacionales fueron desarrollados por un equipo de 16 miembros entre médicos, enfermeras, gestores y juristas provenientes de todos los continentes y con la colaboración de la Internacional Society for Quality in Health Care. (ISQUA).

Los estándares se organizan en torno a funciones importantes de la organización, y son agrupados en dos grandes grupos:

- Funciones centradas en el paciente
- Funciones orientadas a facilitar una organización, segura, eficaz y bien gestionada. Ver Tabla 1

Cada uno de estos estándares define las estructuras y los procesos que deben ser desarrollados por una institución para poder ofrecer una buena calidad asistencial. De esta manera un estándar puede diversificarse en varios subestándares, los mismos que a su vez pueden tener ramificaciones, con lo que el conjunto normativo tendrá una forma arborescente. Cada estándar o subestándar está acompañado por una clara explicación sobre el propósito del mismo, lo que permite una mayor y mejor comprensión, de igual forma cada estándar cuenta con los elementos de medición de su cumplimiento. La base de esta aplicación es la mejora continua de la calidad, y no tanto la gestión de la calidad total. FAD (2001).

TABLA N° 1

Estructura del manual de estándares de acreditación de hospitales 2000 de la JCIA

Estándares centrados en los pacientes

- Accesibilidad y continuidad de la atención
- Derechos del paciente y su familia
- Evaluación del paciente
- Atención al paciente
- Educación del paciente y su familia

Estándares de gestión de la

Organización Sanitaria

- Gestión y mejora de la calidad
- Prevención y Control de la infección
- Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección
- Gestión y Seguridad de las Instalaciones
- Formación y cualificaciones del personal
- Gestión de la información

Tabla 1: Estructura del manual de estándares de acreditación de hospitales 2000 de la JCIA.

La JCIA inicia un proceso de acreditación cuando una organización o centro hospitalario lo solicitan formalmente, sin embargo para ser elegible para una evaluación, la organización tiene que cumplir tres requisitos indispensables:

- ✓ Prestar asistencia sanitaria en el país de forma autorizada
- ✓ Asumir la responsabilidad de la mejora de la calidad
- ✓ Tener servicios sanitarios evaluables mediante los estándares JCIA.

Al cumplir con estos requisitos la JCIA acepta la solicitud y establece el calendario de visitas de los evaluadores de la JCAH/JCIA, que en las mismas instalaciones de la organización valoran el grado de cumplimiento de los estándares mediante la observación, entrevistas y análisis de documentación realizando así una evaluación totalmente externa. FAD (2001).

La FAD menciona de igual forma que los evaluadores elaboran un informe que es valorado por el Comité de Acreditación de JCIA/JCAH, que es quien decide si se otorga o no la acreditación. La duración del certificado de acreditación tiene una vigencia de 3 años y el costo del proceso se fija, en función de diversos factores, antes de iniciar con la evaluación.

La JCAH mantiene una política de confidencialidad, la misma que prohíbe revelar cualquier información de la organización que ha sido recogida durante el proceso de acreditación. De esta forma la única información que se hace pública es si la organización está o no acreditada; por otra parte la organización acreditada puede proveer información a quien desee, si distribuye información

incorrecta la JCAH se reserva el derecho de clarificar públicamente una información que bajo otras circunstancias, sería confidencial.

Accreditation Canada / Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA).

González (1991) menciona: “Al ser Canadá un país importante históricamente, en algunos campos del saber, pero especialmente en el mundo sanitario, y que actualmente posee un sistema sanitario mayoritariamente público, con cobertura universal”; analizar su modelo de acreditación hospitalaria brinda una gran referente a la investigación”.

Canadá ha estado vinculado al desarrollo de los sistemas de acreditación sanitaria desde 1917-1918 cuando el American College of Surgeons puso en marcha el primer manual de acreditación, muchos médicos cirujanos canadienses pertenecían en ese entonces a dicha organización norteamericana. De esta forma no resulta extraño que para el año de 1952 cuando se creó la Joint Commission, una de las cinco organizaciones que la fundaron, fuera la Canadian Medical Association. García (2007)

Sin embargo, ya desde 1953, menciona de igual manera García que cuatro organizaciones sanitarias canadienses (Canadian Hospital Association, Canadian Medical Association, Royal College of Physicians and Surgeons, y la Association des médecins de langue française du Canada) iniciaron la búsqueda de un

sistema de acreditación propio e independiente del norteamericano. Así el mencionado sistema llegó en 1958 con la creación del Canadian Council on Hospital Accreditation (CCHA), siendo una organización bilingüe, no gubernamental y sin fines de lucro, responsable de la acreditación voluntaria de los hospitales canadienses.

El CCHSA ha ido ampliando su actividad acreditadora a todas las áreas importantes de la asistencia sanitaria como la Atención Primaria, Salud Mental, Rehabilitación, Atención domiciliaria, entre otras, dejando así de ser un programa de acreditación exclusivamente hospitalario.

Hasta la actualidad ha venido desarrollado programas de acreditación de los servicios sanitarios de las poblaciones indígenas ("First Nations" e Inuit). Además, otras organizaciones sanitarias relevantes, como el College of Family Physicians of Canada, o el Canadian College of Health Service Executives, han ido entrando progresivamente a formar parte de su Comité Director, aumentando de esta manera la representatividad y el prestigio de la organización acreditadora dentro del mundo sanitario canadiense. García (2007).

El modelo de acreditación realizó cambios importantes a lo largo de la década de los años noventa. Para 1991 se organizó en torno al análisis de la estructura y el proceso, y comenzó a incluir el análisis de resultados. En 1995 incorporó la mejora continua de la calidad e inicio el desarrollo de indicadores. Gonzáles M y otros, (2001).

Entre 1997 y 2001 se realizó un proceso de revisión general del modelo de acreditación, esta revisión se denominó Proyecto AIM (Achieving Improved Measurement), los cambios realizados intentan volver más preciso y fiable todo el programa de acreditación. Para el año 2000 se inauguró la división internacional del CCHSA, y finalmente en 2002 el CCHSA y su Programa AIM de Acreditación fueron evaluados a su vez con los estándares de la International Society for Quality in Health Care (ISQua). En la actualidad más de 1800 organizaciones o centros sanitarios han sido acreditados por el CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION. CCHSA (1995).

La CCHSA, menciona además que el Programa AIM de Acreditación parte de 4 principios básicos de Mejora Continua de la Calidad que ya estaban en su anterior programa de acreditación:

- La organización tiene que identificar claramente la población a la que presta servicio y sus necesidades de salud.
- La organización tiene que evaluar sus procesos y sus resultados.
- La evaluación de la organización tiene que efectuarse mediante equipos de trabajo de todos los niveles de la organización.
- Se necesita un liderazgo fuerte que promueva la mejora continua de la calidad mediante una determinada visión de la misma y una planificación adecuada.

Actualmente incluyo tres líneas de trabajo más, estas son:

- Las cuatro dimensiones de la calidad como eje del programa.
- La orientación de los servicios hacia la perspectiva poblacional y la salud pública, y no sólo hacia la perspectiva individual,
- El desarrollo de indicadores fiables.

De estas tres nuevas líneas de trabajo , resulta muy interesante el requerimiento de que los servicios y centros sanitarios que busquen la acreditación deban orientar su actividad no sólo bajo una perspectiva individual del usuario , sino también en perspectiva poblacional y de mejora de los determinantes de salud como los ingresos económicos, la red de apoyo social, el nivel de educación , el empleo, el domicilio, o el medio ambiente físico y por tanto en perspectiva preventiva y socio sanitaria. CCHSA, (2000).

Todo esto obliga necesariamente a que las organizaciones que deseen la acreditación, busquen la colaboración y coordinación con las demás organizaciones sanitarias, sociales y políticas que trabajen con y para la misma población, con el fin de mejorar la salud comunitaria de manera continua y prolongada, finalmente sostiene la CCHSA que, respecto al trabajo mediante indicadores, el CCHSA, siguiendo la estela de la JCAH, ha desarrollado un completo sistema de indicadores da calidad.

El CCHSA menciona además que el Programa AMI es de carácter voluntario y demanda un desembolso económico; este programa se realiza por fases en las cuales; una primera fase es preparatoria e involucra la recolección de datos y el conocimiento del procedimiento de acreditación, durante la segunda fase se

realiza una autoevaluación de la organización mediante grupos de trabajo con la participación de usuarios y miembros de la comunidad; para la tercera fase , un auditor acreditado por el CCHSA evalúa la organización y redacta un informe, el CCHSA decide si se otorga la acreditación y entrega un informe de recomendaciones; finalmente en la cuarta fase la organización sanitaria utiliza el informe para iniciar ciclos de mejora continua de la calidad y mantener su acreditación, los ciclos evaluativos de acreditación y reacreditación son cada tres años.

El Manual de Acreditación del 2000 del Modelo Canadá contiene los estándares de excelencia, que son los establecidos por el CCHSA por medio de un proceso participativo y abierto. Estos estándares se definen como Objetivos o metas que deberían alcanzarse. En cada estándar se definen criterios, los mismos que son las actividades que deben hacerse para alcanzar estándares. CCHSA, (2000).

El CCHSA menciona también que el manual se estructura en dos partes, la primera se toma en cuenta 4 grupos de estándares o secciones que deben ser evaluadas obligatoriamente en todas las organizaciones que deseen acreditarse; estas secciones son:

- ✓ Liderazgo y Alianzas o asociados (Leadership and Partnerships) (14 estándares)
- ✓ Medio Ambiente (Environment) (8 estándares)
- ✓ Recursos Humanos (Human Resources) (11 estándares)

- ✓ Gestión de la Información (Information Management) (9 estándares).

En cuanto a la segunda parte del manual ahí se encuentran las secciones que incluyen los estándares específicos de cada uno de los tipos de organización sanitaria que acredita el CCHSA, estas secciones son las siguientes:

1. Atención sanitaria institucionalizada en procesos agudos (Acute Care) (17 estándares).
2. Daño Cerebral (Acquired Brain Injury) (17 estándares).
3. Atención ambulatoria (Ambulatory Care) (17 estándares).
4. Servicios Oncológicos (Cancer Care) (17 estándares).
5. Servicios de Salud Comunitaria (Community Health Services) (19 estándares).
6. Cuidados Intensivos (Critical Care) (17 estándares).
7. Servicios de atención a las adicciones de las comunidades indígenas (First Nations and Inuit Addictions Services) (16 estándares).
8. Servicios de Salud Comunitaria de las comunidades indígenas (First Nations and Inuit Community Health Services) (19 estándares).
9. Servicios de Atención Domiciliaria (Home Care) (17 estándares).
10. Atención sanitaria institucionalizada en procesos de larga duración (Long Term Care) (17 estándares).
11. Atención Materno Infantil (Maternal/Child) (17 estándares).

12. Salud Mental (Mental Health) (17 estándares).

13. Rehabilitación (Rehabilitation) (17 estándares).

Por otra parte una de las últimas revisiones que se han preparado y revisado son las secciones para la acreditación de:

- ✓ Servicios de Reproducción Asistida (Artificial Reproductive Technology)
- ✓ Servicios de salud de las Fuerzas Armadas Canadienses (Canadian Forces Health Services).

Todas las secciones del Manual de Acreditación DEL CCHSA 2000, tanto las 4 generales como las 14 específicas mantienen una estructura similar, es decir los estándares se agrupan en subsecciones estrechamente relacionadas con las dimensiones de la calidad. La estructura y los estándares de las secciones específicas son muy similares entre sí, aunque adaptadas a cada servicio; las secciones que podrían ser diferentes son las que abordan los servicios de las comunidades indígenas. CCHSA, (2000).

En la Tabla N°2 se presenta un cuadro resumen de las dimensiones de la calidad del modelo CCHSA.

TABLA N° 2
RESUMEN DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DEL CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES
DIMENSIONES DE LA CALIDAD. CCHSA 2000

<p>1. Responsabilidad</p> <p>La organización es capaz de anticipar y responder a los cambios en las expectativas y necesidades de sus clientes, su población o el medio ambiente.</p>	Disponibilidad	Se dispone los servicios y recursos necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes y la población.
	Accesibilidad	Los clientes o la población obtienen los servicios en el lugar y forma más apropiada.
	Adecuación temporal	Los servicios se prestan en el tiempo necesario para satisfacer adecuadamente las necesidades
	Continuidad	La prestación de servicios se realiza de manera uniforme a lo largo del tiempo.
	Equidad	Se toman decisiones y se prestan servicios siguiendo criterio de justicia.
<p>2. Competencia del sistema</p> <p>La organización proporciona servicios de la mejor manera posible según el actual estado del conocimiento y obtiene los beneficios para sus clientes y población mediante un uso coste-beneficio de los recursos</p>	Pertinencia	Los servicios prestados se corresponden adecuadamente con las necesidades de los individuos o comunidades, se ajustan a los objetivos de la organización, se basan en pruebas suficientes sobre sus beneficios y se ajustan a los estándares establecidos.
	Competencia profesional	Los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales son los adecuados para los servicios que prestan.
	Efectividad	Los servicios prestados obtienen resultados óptimos
	Seguridad	Los riesgos potenciales o los daños imprevistos son evitados o minimizados
	Legitimidad	Los servicios o actividades se ajustan a los principios éticos, valores, convenios, leyes y demás marcos reguladores.
	Eficiencia	Para conseguir resultados óptimos se utilizan adecuadamente los recursos, con un gasto mínimo.
	Alineamiento del sistema	La misión, visión, valores y objetivos del sistema son claros, bien integrados, coordinados y adecuadamente comprendidos tanto interna como externamente. Esto se refleja en los planes organizacionales, los sistemas de delegación y los procesos de decisión.

<p>3. El cliente y la comunidad como centro</p> <p>La organización trata de fortalecer sus vínculos con sus clientes y comunidades de referencia. La organización lleva a cabo esto estimulando su participación y la colaboración en sus actividades.</p>	Comunicación abierta	Se intercambia información con el cliente, su familia y/o la comunidad de una manera comprensible, continuada, consistente y útil.
	Confidencialidad	Se protege adecuadamente la información que debe mantenerse en privado
	Participación y colaboración	El cliente y/o la comunidad participan activamente en la toma de decisiones en condiciones de simetría con los demás actores, así como en la planificación, prestación y evaluación de los servicios sanitarios.
	Respeto y cuidado	La cortesía, el respeto, la consideración, y la sensibilidad se incorporan a todas las interacciones entre la organización, clientes y/o comunidad
	Responsabilidad de la organización en el desarrollo de la comunidad.	La organización apoya y refuerza el desarrollo de la comunidad, y contribuye a su salud integral.
<p>4. La vida laboral</p> <p>La organización proporciona una atmósfera de trabajo orientado a la búsqueda de la excelencia, la participación total, el crecimiento personal, profesional y organizacional, la salud, el bienestar y la satisfacción.</p>	Comunicación abierta	La organización propicia un clima de apertura, libertad de expresión e información compartida.
	Claridad de roles	Los trabajadores tienen claramente definidos sus objetivos y sus tareas, y estos se alinean con los de su equipo y de la organización en general.
	Participación en la toma de decisiones	Se potencia la expresión de las opiniones de los trabajadores, y estas se tienen en cuenta en el proceso de toma de decisiones.
	Aprendizaje del entorno	Se potencia la creatividad, la innovación y la iniciativa de los trabajadores. Se les proporciona la formación y entrenamiento necesarios para alcanzar objetivos de la organización , así como su propio desarrollo personal y profesional
	Bienestar	La organización proporciona un medio ambiente de trabajo continuamente saludable y seguro, reconoce la contribución a ello de los trabajadores y vincula sus opiniones a la puesta en marcha de actividades de mejora.

Tabla 2: Resumen de las dimensiones de la Calidad del Canadian Council on Health Services.

Fuente: AIM. Dimensiones de la Calidad del Canadian Council on Health Services Accreditation 2000

European Foundation for Quality Management (EFQM)

Con el apoyo de la Unión Europea 14 empresas europeas líderes en su sector en el año de 1988 crean la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management) por sus siglas en ingles EFQM, con el objetivo de ayudar a las empresas europeas a ser más competitivas en el mercado mundial. Actualmente tiene en sus filas a más de 800 miembros y su papel es decisivo en el logro de la eficiencia de las organizaciones europeas, además de la difusión de la importancia de la mejora de la calidad, European Foundation Quality Management (s/f).

El Modelo Europeo para la Excelencia Empresarial, fue desarrollado en 1991 con el financiamiento de la Unión Europea, la EFQM creó un modelo de evaluación de la calidad que estaba destinado a facilitar la introducción de la Gestión de la Calidad Total en las empresas europeas. Desde 1999 se lo conoce como Modelo EFQM de Excelencia 2000; el mismo que se trata de un modelo de evaluación, más concretamente de autoevaluación, y no de un modelo de acreditación externa. EFQM, (1999).

La EFQM convoca desde 1992 junto con la Comisión Europea y la Organización Europea para la calidad (EOQ), el premio Europeo a la Calidad el mismo que sí implica una auditoria externa. A partir de 1996 pueden presentarse al Premio organizaciones del sector público, y desde 1997 las Pequeñas y Medianas empresas

La EFQM ha propuesto un modelo formado por un conjunto de factores o criterios que al ser interrelacionados entre si producen una organización teóricamente excelente, con la capacidad de lograr y mantener los mejores resultados posibles.

Para la aplicación de este modelo a una unidad médica-clínica, servicio, área y en general cualquier organización se debe realizar una evaluación de los diferentes elementos que la integran (valores, modelo de gestión, procesos, resultados, etc.) y comparar los resultados con el referente teórico definido por la EFQM. Maderuelo, (2002).

Esta comparación permitirá, principalmente, identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora de la unidad que se evalúa, facilitando una visión de su situación respecto a la excelencia sostenida definida por el modelo, menciona Maderuelo.

Es así que el Modelo EFQM de Excelencia podría ser considerado como una herramienta de identificación de oportunidades de mejora , pero con la ventaja, de que al utilizar un referente permite realizar una evaluación global, profunda y sistemática, sin dejar de lado ninguno de los aspectos importantes que puedan determinar la calidad de la organización. EFQM, (2000)

La información suministrada por la evaluación siempre resulta de gran ayuda para comprender y analizar los motivos de las deficiencias detectadas, impulsa la identificación de soluciones creativas y permite poner en marcha acciones en pro de mejoras de la institución. Al basarse siempre en la filosofía de la mejora continua, el modelo EFQM orienta a la organización sobre los reajustes que se

deberá realizar en sus recursos, actividades y objetivos para la consecución de una organización más eficiente. Maderuelo, (2002)

La EFQM (1999) en conclusión sostiene que los enfoques tradicionales que basan la mejora en el análisis de aspectos parciales de la organización, tales como los resultados, no son suficientes para conseguir organizaciones competitivas capaces de adaptarse a los cambios del entorno, siendo necesaria la consideración de otros aspectos sintetizados en la siguiente premisa:

"La satisfacción de clientes y empleados y la obtención de un impacto positivo en la sociedad se consiguen mediante un adecuado liderazgo de los directivos en el proceso de transformación de la organización mediante el establecimiento de oportunas políticas y estrategias, un adecuado aprovechamiento de los recursos y alianzas de todo tipo y una buena gestión de sus procesos todo lo cual lleva a conseguir la visión de la organización con excelentes resultados de negocio." EFQM, (1999)

El Modelo EFQM de Excelencia está compuesto por nueve criterios estos divididos en dos partes: el grupo formado por los llamados Agentes Facilitadores que se refieren a lo que hace la organización y cómo lo hace, y el grupo de criterios-resultados que detallan los logros obtenidos por la organización respecto a todos los grupos de interés como son los clientes, trabajadores, sociedad y en relación a los objetivos globales. El modelo explica cómo los Agentes Facilitadores son los determinantes de los resultados alcanzados. Madurelo, (2002)

El planteamiento de cada uno de los criterios se especifica mediante un conjunto de subcriterios, hasta completar un total de 32, que detallan su

contenido. De la misma manera en cada subcriterio se recogen las llamadas áreas a abordar o de interés que aclaran, a modo de ejemplo de las mejores prácticas de gestión, cuál es el significado y alcance de cada criterio. EFQM (1999).

A continuación se describen brevemente el concepto de cada criterio, cuya definición más detallada puede encontrarse en el documento Modelo EFQM de Excelencia, (1999):

- ✓ Liderazgo. Hace referencia a la responsabilidad ineludible de los equipos directivos de ser los promotores de conducir la organización hacia la excelencia. Los líderes deben mostrar claramente su compromiso con la mejora continua, desarrollando la misión y la visión y actuando como modelo para el resto de la organización. Implicándose con los clientes y colaboradores y reconociendo los esfuerzos y logros de los empleados.

- ✓ Política y estrategia. Estudia en qué medida la misión, visión y valores de la organización, están fundamentadas en la información procedente de indicadores relevantes (rendimiento, investigación, creatividad y comparación con las mejores prácticas, etc.), así como en las necesidades y expectativas de clientes y otros grupos de interés. Analiza de la misma manera la estructura de procesos que desarrollan la política y estrategia y cómo se transmite a toda la organización.

- ✓ Personas. Considera la gestión de los recursos humanos de la organización y los planes que desarrolla para aprovechar el potencial de los

profesionales. Estudia además los sistemas de comunicación, reconocimiento y distribución de responsabilidades.

✓ Recursos y alianzas. Evalúa cómo gestiona la organización los recursos más importantes (financieros, materiales, tecnológicos, información), con excepción de los Recursos Humanos, y las colaboraciones que establece con organizaciones externas.

✓ Procesos. Se refiere al diseño y gestión de los procesos implantados en la organización, su análisis y cómo se orientan a las necesidades y expectativas de los clientes.

✓ Resultados relativos a los clientes. Se refiere tanto a la percepción que los clientes tienen de la organización, medida a través de encuestas o contactos directos, como a los indicadores internos que contempla la organización para comprender su rendimiento y adecuarse a las necesidades de los clientes.

✓ Resultados relativos al personal. Se refiere a los mismos aspectos que el criterio anterior pero en referencia a los profesionales de la organización. De igual manera se contemplan medidas de percepción de la organización por parte de las personas que la integran, e indicadores internos de rendimiento.

✓ Resultados relativos a la sociedad. Analiza los logros que la organización alcanza en la sociedad. Para ello considera la repercusión de la organización sobre el medioambiente, la economía, educación, bienestar, etc.

✓ Resultados clave. Evalúa los logros de la organización respecto al rendimiento planificado, tanto en lo que se refiere a objetivos financieros como

a los relativos a los procesos, recursos, tecnología, conocimiento e información.

La filosofía del Modelo EFQM de Excelencia se basa en los principios de la GCT (Gestión de Calidad Total), también denominados conceptos fundamentales de la excelencia, EFQM, (1999) y que pueden ser considerados como el compendio de las mejores prácticas en el ámbito de la gestión de organizaciones. Estos conceptos, que se describen brevemente en la Tabla 3 son:

- ✓ Orientación hacia los resultados.
- ✓ Orientación al cliente.
- ✓ Liderazgo y constancia en los objetivos.
- ✓ Gestión por procesos y hechos.
- ✓ Desarrollo e implicación de las personas.
- ✓ Aprendizaje, innovación y mejora continuos.
- ✓ Desarrollo de alianzas.
- ✓ Responsabilidad social.

TABLA N° 3

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA EXCELENCIA EFQM	
Concepto	Descripción
1. Orientación a los resultados	La excelencia depende del equilibrio de las necesidades de todos los grupos de interés relevantes para la organización (las personas que trabajan en ella, los clientes, proveedores y la sociedad en general, así como todos los que tienen intereses económicos en la organización).
2. Orientación al cliente	El cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio, así como de la fidelidad del cliente. El mejor modo de optimizar la fidelidad y retención del cliente y el incremento de la cuota de mercado es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.
3. Liderazgo y constancia en los objetivos	El comportamiento de los líderes de una organización suscita en ella claridad y unidad en los objetivos, así como un entorno que permita a la organización y las personas que integran alcanzar la excelencia.
4. Gestión por procesos y hechos	Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos sus grupos de interés.
5. Desarrollo e implicación de las personas	El potencial de cada una de las personas de la organización aflora mejor porque existen valores compartidos y una cultura de confianza y asunción de responsabilidades que fomentan la implicación de todos.
6. Aprendizaje, innovación y mejora continuos	Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura general de aprendizaje, innovación y mejora continua.
7. Desarrollo de alianzas	La organización trabaja de un modo más efectivo cuando establece con sus partners unas relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y en la integración.
8. Responsabilidad social	El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y la normativa de la comunidad en su conjunto.

Tabla 3: Conceptos Fundamentales de Excelencia EFQM
Fuente: European Foundation Quality Management.

Maderuelo (1999) menciona que para una aplicación eficaz del Modelo y se pueda así conseguir los objetivos con los que se afronta, estos principios deberán ser asumidos totalmente por los directivos de la organización, de lo contrario su aplicación carecerá de sentido.

El modelo EFQM es un instrumento genérico y muy flexible de tal forma que puede ser utilizado en cualquier tipo de organización o empresa, independientemente de su tamaño, sector de negocio, o carácter público o privado, y puede referirse tanto a la totalidad de la organización como a diferentes divisiones, unidades o servicios. De tal forma que, en el seno de la EFQM se han creado grupos específicos en el sector público y ámbitos concretos como la educación o los servicios de salud. EFQM, (1999).

El Modelo EFQM tiene un carácter no prescriptivo, en el sentido de que su aplicación no determina lo que hay que hacer, sino que debe ser cada unidad la que decida las acciones a emprender, reconociendo que las propias características y singularidades de cada organización pueden determinar el camino a seguir para mejorar la eficiencia de una organización manifiesta Maderuelo.

La diferencia con otros modelos como la acreditación o la certificación, con los que el modelo EFQM frecuentemente es comparado y muchas veces hasta confundido, se debe a que fundamenta su estrategia en la autoevaluación. EFQM, (1999).

Este abordaje indica claramente el compromiso de la propia organización por el aprendizaje y la mejora continua, centrandose en estos aspectos los objetivos de la propia evaluación, en lugar del reconocimiento externo. La autoevaluación se completa con una evaluación externa sólo en los casos en que la organización decida presentarse al Premio Europeo a la Calidad otorgado por la EFQM, en cuyo caso la organización deberá elaborar una memoria para ser valorada por un grupo de evaluadores externos sostiene la EFQM.

Menciona además que la ventaja que aporta la utilización del modelo como instrumento de identificación de oportunidades de mejora, es que la autoevaluación que propone tiene un carácter sistemático, periódico y altamente estructurado, de tal forma que se revisan de manera lógica y ordenada todos los aspectos críticos de una organización que pueden tener influencia en la calidad, representados por los 9 criterios y 32 subcriterios en los que está estructurado el modelo. La atención se dirige a la globalidad de la organización siendo más enriquecedora, realista y eficiente que los abordajes que se dirigen a aspectos concretos o parciales.

Al incorporar el aprendizaje adquirido tras la evaluación en desarrollo de planes de mejora, el modelo toma un carácter dinámico que posibilita adaptarse a las necesidades cambiantes de los clientes y de otros grupos de interés, a la disponibilidad de recursos de cada tiempo y la detección y ajuste de deficiencias potenciales. De esta forma se puede superar el carácter

estático que generalmente establece el aseguramiento de un determinado nivel de calidad. Maderuelo, (1999).

Es importante señalar además que Maderuelo menciona que la autoevaluación realizada mediante el modelo EFQM no va tanto encaminada a la obtención de una puntuación fija, sino que busca identificar una serie de puntos fuertes y áreas de mejora como bases para la revisión de la estrategia que la institución venga practicando.

Sin embargo el modelo permite tener una puntuación con la finalidad fundamental de conocer el lugar que ocupa la institución en el camino a la excelencia, de analizar su propia evaluación a lo largo del tiempo y de compararse con otras unidades u organizaciones en busca de modelos de mayor referencia.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación documental busca comparar los modelos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, permitiendo así delimitar sus mejores características, beneficios y su posible aplicación a los servicios hospitalarios públicos del Ecuador; desarrollando criterios adecuados para la diferenciación entre cada modelo propuesto para la investigación y la identificación de los mismos con la realidad de los servicios de salud ecuatorianos.

Entregar servicios de calidad y calidez como lo menciona la nueva constitución ecuatoriana exige que los servicios hospitalarios públicos del Ecuador evalúen su calidad de servicios de forma inmediata y acertada.

Al realizar esta investigación se obtendrá una mejor perspectiva sobre los modelos de calidad en salud, las características de cada sistema de gestión de calidad y la posibilidad de su aplicación en los servicios hospitalarios públicos del Ecuador.

Se selecciona los sistemas de gestión de calidad de salud: Joint Commission International, Accreditation Canadá y el EFQM, por ser los de mayor reconocimiento y demanda de evaluación y aplicación de calidad dentro del sector salud a nivel internacional.

De esta manera la presente investigación servirá para el análisis y discusión de la acreditación de los servicios hospitalarios públicos del Ecuador, bajo el sistema de gestión de calidad de salud que mejor se acople a las características y circunstancias del Ecuador.

OBJETIVOS

a. General

Comparar los sistemas de gestión de calidad Joint Commission International , Accreditation Canada International y EFQM, para identificar elementos de complementación que permitan su aplicación en los Servicios hospitalarios de Salud Pública del Ecuador.

b. Específicos

- Realizar una revisión crítica bibliográfica de los sistemas de gestión de calidad Joint Commission, modelo Canadá y modelo EFQM.
- Definir las características comunes a los tres modelos de gestión de calidad Joint Commission, Accreditation Canada y el modelo EFQM
- Identificar las diferencias entre cada uno de los sistemas de gestión de calidad Joint Commission, Modelo Canada y el modelo EFQM .
- Proponer elementos de complementación al modelo actualmente implementado por el sistema nacional de salud del Ecuador.

METODOLOGÍA

Diseño de la Investigación y tipo de Estudio.

La presente investigación realizó una Investigación descriptiva documental.

Descripción del Área

El estudio se realizó bajo búsqueda de fuentes bibliográficas por medio del internet, y la información brindada en medios impresos, audiovisuales o electrónicos en relación a los modelos de calidad y aplicación en los servicios hospitalarios de salud públicos del Ecuador.

Técnica y Método

La recolección de información se la realizó de forma minuciosa y extensa recopilando las características de los modelos de calidad seleccionados para el estudio, definiéndolos y redactando sus principales aplicaciones y condiciones para su uso.

Se inició la búsqueda en las bases de datos de la Universidad San Francisco de Quito; esta búsqueda inició con la información correspondiente al sistema de gestión de calidad Joint Commission, definiendo su aplicación y objetivos de su trabajo, se buscó sus características principales, y la experiencia de aplicaciones en instituciones de salud en el país u otros países ; de la misma manera se procedió con el Modelo Canadá y el Modelo EFQM; al finalizar la recolección de información de cada modelo se elaboró un ordenador gráfico con las

características de cada modelo para una mayor y mejor comprensión de la información encontrada.

El ordenador gráfico refleja las características principales de cada modelo de calidad e incluye información relevante de los centros o lugares donde se hayan desarrollado o aplicado; permitiendo así entender la aplicabilidad de cada modelo y la realización de un contraste y análisis de la factibilidad de su aplicación en los servicios de salud del Ecuador.

Herramientas a utilizar

El análisis de la información se lo realizará por medio de un ordenador gráfico en el que se escribirán las características de cada sistema, con el cual los resultados serán redactados directamente como parte de la investigación.

Como técnica para la recolección de información se utilizó la revisión documental, con la finalidad de lograr recolectar la información de forma precisa y directa.

Análisis de Datos

Los datos que se obtengan por medio de la clasificación y redacción de las informaciones, serán analizados de manera cualitativa.

DISCUSIÓN

Dentro de las reformas de salud de la nueva Política de Salud actual, se ha ido clarificando la necesidad imperante de incrementar progresivamente la equidad en la provisión de servicios de salud, la eficacia en el uso de los recursos, la productividad y una mejora sustancial en la calidad de atención, considerando al usuario como centro de las actividades del sector, con acceso a la información y ejercicio de sus derechos.

La respuesta brindada por parte del Ministerio de Salud, es ir implementando una serie de estrategias, entre las cuales se hace indispensable la definición, implementación y desarrollo de la Garantía de Calidad, como lo contempla el MAIS, lo cual significa procesos y esfuerzos participativos, esto quiere decir que involucre a todas las categorías del personal de salud en todos los niveles así como de un permanente perfeccionamiento de los procedimientos establecidos para la gestión de la calidad.

Para lograr los beneficios que se derivan de un Programa de Garantía de Calidad, éste debe responder también a los aspectos humanos, esencialmente éticos, implícitos en la prestación de un servicio.

Asimismo la reestructuración del sector, considera la formación de redes con servicios de salud, debidamente acreditados y categorizados, con una mejor capacidad de resolución, nuevos mecanismos de asignación de recursos y una administración que permita la participación social en la salud.

En el contexto actual, en el que se desenvuelven los establecimientos de salud, caracterizados por un desigual desarrollo tecnológico, costos elevados, incertidumbre sobre la efectividad o costo beneficio del servicio recibido, es imprescindible garantizar al usuario que las atenciones que reciben son seguras y efectivas.

Para garantizar la calidad de los servicios de salud, se han venido desarrollando diversas metodologías y procedimientos entre los cuales podemos citar a la Auditoría Médica, Conversatorios clínicos, Comités de infección intrahospitalaria, Comités de Mortalidad, Habilitación y Acreditación de Hospitales entre otros. El mejoramiento de la calidad, suele evitar sufrimientos innecesarios, secuelas discapacitantes y altos costos en la atención de salud.

En el país como una de las estrategias para mejorar la calidad de atención, se viene trabajando la acreditación, la cual se constituye en instrumento muy importante para el logro de los objetivos planteados.

La acreditación, definida como un procedimiento reservado, periódico y voluntario, que evalúa los recursos institucionales, la forma como éstos se organizan, se articulan y los resultados que con ellos se logran. Tiene como finalidad garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados, cuenten con los recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención minimizando los riesgos atribuibles y de responsabilidad de los servicios.

La acreditación lleva implícito un proceso de evaluación de la estructura, proceso y resultados, de cada uno de los servicios que integran el establecimiento de salud.

Evaluar la estructura del sistema hospitalario en la producción de actividades, se fundamenta en que la existencia de buenas condiciones estructurales previas, incrementa las probabilidades de que se obtenga un proceso apropiado y un resultado favorable. Es decir la calidad puede verse afectada por la disponibilidad

La evaluación del proceso, comprende el reconocimiento de problemas en la aplicación de métodos de diagnóstico, tratamiento, manejo clínico y/o quirúrgico, etc. Si el personal de salud realiza lo correcto en el proceso de producción de actividades, es más probable que el resultado de la atención prestada tenga mayor efecto.

La evaluación del resultado, se orienta a identificar y medir los cambios en el estado de salud individual y colectiva, que puedan atribuirse a la atención recibida, considerando la satisfacción del usuario.

Los resultados obtenidos de ésta evaluación, son comparados con estándares o indicadores previamente definidos, para posteriormente, emitir un juicio final: si el establecimiento acredita o no.

Los estándares e indicadores identificados para la acreditación, deben considerar: la verificación de los datos más representativos de la calidad existente, sin que esto signifique una búsqueda documentaria exhaustiva; la constatación de ciertos eventos e información que permitan suponer condiciones de calidad. Los estándares deben procurar evaluar aspectos de estructura proceso y resultados, así como prever distintos grados de satisfacción, con el fin de abarcar el amplio espectro de la oferta de servicios existentes.

La acreditación, así mismo nos otorga otros beneficios como son la promoción y desarrollo de la administración hospitalaria, mayor preocupación e interés por la satisfacción del usuario, optimización del uso y rendimiento de los recursos, así como el fortalecimiento de los procesos de autoevaluación institucional.

Es importante mencionar, que la acreditación no garantiza, por si misma, la calidad de los servicios, ya que ésta se limita a constatar, si las condiciones de estructura, proceso y resultados son compatibles con niveles aceptables de calidad.

La acreditación no tiene por función clausurar establecimientos, ni otorgar licencias para su apertura, ni la categorización de éstas funciones que competen al Ministerio de Salud.

De igual forma, la acreditación, no reemplaza otras modalidades empleadas para garantizar la calidad de atención como son los círculos de calidad, la auditoría médica, los conversatorios clínicos-patológicos, los comités de mortalidad o de infecciones, entre otros.

En el desarrollo del presente estudio se realizó una amplia revisión bibliográfica tanto en libros como en publicaciones en internet, se revisó los principales modelos de gestión de calidad y acreditación hospitalaria: Joint Commission International (JCI), Accreditation Canada International (ACI) y EFQM,

La Quality Management in Psychiatry, (2007) menciona que la acreditación Joint Commission International, inicia con la evaluación realizada por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, partiendo de la premisa de estándares publicados. Es así que las organizaciones y servicios de salud que cumplen dichos estándares reciben los certificados de acreditación.

De igual manera el modelo de la EFQM, asegura la Quality management in Psychiatry está inspirado en los galardones Baldrige, los mismos que fueron instaurados en los EE.UU para la mejora de la calidad en las industrias. En tal virtud los proveedores sanitarios que buscan el premio europeo a la calidad son evaluados, en base a los estándares de resultados en industrias de servicios en áreas específicas como los resultados clínicos, la satisfacción del cliente, la administración y la gestión de los recursos humanos.

El Hospital Galenia es el primer hospital en México acreditado por Accreditation Canada International.

El Hospital Galenia, (2012) ha mencionado que Accreditation Canada International (ACI) es una organización que certifica los estándares mundiales de normas de atención de salud. La acreditación de los programas de Accreditation Canadá International se desarrolla en estrecha relación con los cumplimientos internacionales de indicadores de atención médica hospitalaria. Al participar en la acreditación de la Accreditation Canada International se demuestra el compromiso de la organización para la atención médica de calidad a su personal, pacientes, clientes y la comunidad. Esta acreditación internacional promueve la excelencia en la atención de salud a través de un programa de certificación que deja evidencia válida y tangible de la capacidad de la institución para ofrecer una calidad de atención y servicio a sus pacientes, usuarios y empleados.

Los estándares de Acreditación Canadá International, (2012) hacen posible que las organizaciones de servicios de salud puedan implementar mejoras de calidad prácticas y efectivas, promoviendo de esta forma iniciativas de seguridad del paciente en sus operaciones diarias. ACI es una organización acreditadora reconocida a nivel mundial, por ser una de las pioneras en la promoción de la seguridad de pacientes.

Como podemos ver los modelos citados están concordando espontáneamente. Según Shaw y Heaton, (2000), con el tiempo se sacarán conclusiones positivas de los distintos modelos, ya que se irán contemplando aspectos estratégicos (prioridades, valores, mejora continua, marcos conceptuales, respuestas del consumidor, transparencia y legislación), de la

organización (coordinación nacional, comunicación y relación internacional), de la metodología (lenguaje, estándares, medidas, cuantificación, y resultados clínicos), de los recursos, de la evaluación y de la calidad (resultados de los programas, verificación independiente e investigación).

En Francia, Duvauferrier (1999) comparó los procedimientos de acreditación con los de certificación ISO 9000 y con los métodos de gestión de la calidad total en un departamento de radiología e imagen. En su estudio, concluye:

“Los directores de radiología que quieran poner en marcha programas de gestión de la calidad, deberían evaluar sus departamentos, primero utilizando el modelo de acreditación canadiense de 1993, para familiarizarse con los conceptos modernos de calidad. En segundo término, se llevaría a cabo una evaluación conforme al modelo EFQM, para finalmente, consolidar los protocolos de gestión de la calidad utilizando la certificación ISO 9002”.

Donahue y Van Ostemberg (2000), menciona que todos los modelos coinciden con el JCI en el uso de criterios explícitos o estándares, así como la presencia de evaluadores externos. El programa JCI es un método de acreditación de organizaciones, en el que se evalúan todos los sistemas de una organización sanitaria. El modelo JCI evalúa la capacidad de una organización para supervisar y apoyar a sus profesionales, a través de mecanismos internos, en contraste con el proceso de evaluación por parte de colegas externos. El programa JCI proporciona un marco para la gestión de la calidad en una organización, ampliando el concepto de liderazgo y gestión de la calidad del modelo EFQM.

Mencionan además que el programa JCI está diseñado para permitir comparaciones en el ámbito internacional, algo difícil de hacer con los otros modelos. El programa JCI crea un marco para la convergencia y la integración de los aspectos positivos de todos los modelos, en la búsqueda de un modelo común de gestión de la calidad en sanidad.

El holandés Klazinga, (2000), opina que el grado de convergencia de los modelos dependerá de su implantación en sistemas sanitarios específicos. Menciona además que los factores que perjudican a esta convergencia son: la dispersión de la responsabilidad de la calidad asistencial entre los distintos países, el alejamiento de la toma de las decisiones clínicas, las tendencias burocráticas, y un exceso de focalización en la eficiencia comparada con la atención a la eficacia médica.

Por otra parte, el modelo EFQM es utilizado en Holanda en muchas organizaciones sanitarias, como un marco para la gestión de la calidad y la excelencia empresarial. El Instituto Nacional Holandés para la Calidad fue creado para fomentar la formación, servir de apoyo para las autoevaluaciones y gestionar el programa de premios a la calidad. Nabitz y otros, (2000).

Moeller (2001), por su parte analizó las experiencias llevadas a cabo con el modelo EFQM en el sector sanitario alemán. Considera al modelo de la excelencia como un abordaje de gestión sistemática de la calidad, que permite ganar en competitividad. Es un sistema no gubernamental, no condicionado por la financiación y suficientemente genérico como para abordar la actividad sanitaria.

En cualquier caso, al tener sus fundamentos en la industria, no cubre todas las áreas específicas del sector sanitario. Moeller, menciona además que se debe integrar la auto-evaluación con los estándares clínicos y los sistemas de acreditación, para lograr la excelencia en la sanidad.

En cuanto al Programa Accreditation Canada es voluntario y exige un desembolso económico. Se realiza en varias fases, la primera fase es preparatoria e implica la recolección de datos y el conocimiento del procedimiento de acreditación. A continuación se realiza la segunda fase, que consiste en una autoevaluación de la organización mediante grupos de trabajo con participación de usuarios y miembros de la comunidad. En la tercera fase, un auditor acreditado por Accreditation Canada evalúa la organización y redacta un informe. Accreditation Canada, (2011).

Accreditation Canada se ha implantado en el Ecuador y los hospitales de Riobamba y Puyo han iniciado las fases de autoevaluación, si recordamos que Accreditation Canada a lo largo del tiempo ha sufrido algunos cambios, sin embargo , no se ha alejado en mayor medida de los principios iniciados por la JCI, por lo que el proceso de acreditación no difiere en fondo al propuesto por la Joint Commision Internacional.

Esto nos permite finalizar entendiendo que la mejor forma de aplicar una acreditación internacional necesariamente debería involucrar el cumplimiento de al menos el modelo EFQM que, como menciona Moller, solo una integración entre

servicio de calidad y modelo clínicos de atención, podrán brindar un mayor aporte al modelo Accreditation Canada International iniciado en el Ecuador.

La implantación de la Acreditación de Hospitales en el país, contribuirá no sólo al mejoramiento continuo de la calidad de atención que se brinda en los establecimientos hospitalarios, sino que se convertirá en el punto de inicio para poder implementar un programa de Garantía de calidad.

CONCLUSIONES

- Los Sistemas de Salud de cualquier país al que este se deba, tienen en sus principios fundamentales garantizar la calidad de la salud, como se ha descrito anteriormente , varias son las actividades para llegar a un sistema de gestión de la calidad que garantice de cierta forma , la calidad de los servicios que el Sistema de salud oferte; sin embargo, por una parte el modelo JCI requiere que las organizaciones a acreditarse se ajusten a sus indicadores, esto es un requisito para la acreditación. El sistema sanitario estadounidense es enorme, pudiéndose encontrar clínicas y hospitales en todas partes, hasta en las áreas más remotas del país. Los hospitales disponen de los equipos de alta tecnología más avanzados, y los médicos y cirujanos están muy bien formados y motivados. Por desgracia, esta enorme calidad viene acompañada de precios astronómicos. Así los costos la atención sanitaria (médicos, estancias hospitalarias e incluso medicamentos) son de los más caros del mundo y suponen un 15% del PIB americano. Aunque la atención sanitaria mantiene su alto costo y la poca intervención estatal implique que ésta sea precaria e incluso inexistente para los pobres y desempleados. Un 15% de la población estadounidense carece de seguro médico, y los programas financiados con fondos públicos, Medicare y Medicaid, sólo cubren a personas mayores de 65 años, a los minusválidos y los muy pobres. El tratamiento médico gratuito en los Estados Unidos no existe por lo que

es de vital importancia tener un seguro médico, o una enfermedad podría causar un desastre financiero para él usuario.

El sistema de salud de los Estados Unidos es netamente privado y por ende la acreditación de sus hospitales se enfoca en garantizar condiciones que les permitan vender los servicios de salud. Así basados en esta estructura del sistema de salud norteamericano es claro entender que todos los indicadores y estándares establecidos por la JCI tendrán una esencia comercial al momento de evaluar un servicio médico, apartándose por completo a una visión de solidaridad, universalidad y gratuidad que mantiene el sistema de salud ecuatoriano, bajo estas consideraciones es descartable la aplicación de la JCI como modelo de acreditación en el sistema de salud público del Ecuador.

Por otra parte el sistema canadiense es financiado por el gobierno y se basa en cinco principios: es accesible a todos independientemente de sus ingresos, ofrece servicios completos, es de gestión pública, es de acceso universal a los ciudadanos y residentes permanentes, y se aplica dentro y fuera del país. Canadá ha logrado mantener un equilibrio relativamente bueno entre el modelo de atención de salud libre y empresarial de los Estados Unidos y los sistemas únicos e integrales, como el británico o el sueco, en los cuales el Estado ejerce un control más riguroso. El sistema de salud canadiense está orientado al

bienestar social, es decir a satisfacer las necesidades básicas de la mayor parte de la población.

La diferencia entre los sistemas de Estados Unidos y Canadá radica en los fundamentos de cada sistema: mientras que el sistema estadounidense defiende a ultranza la libertad individual, el canadiense se preocupa por el bienestar colectivo. Ahora bien, al revisar los grandes avances de sistema de salud canadiense y la prevalencia del eje social como su mayor fortaleza, el sistema canadiense es de aseguramiento universal, sin gastos de bolsillo para el usuario y con enfoque APS, de esta forma el modelo Canadá se enfoca en la garantía de la calidad de los servicios prestados y del cumplimiento del modelo de atención, así ACI ha podido desarrollar un sistema de acreditación hospitalaria contemplando el principio social. El sistema de salud ecuatoriano se identifica por principios a las perspectivas de atención con visión social, como las del sistema de salud canadiense permitiendo de esta forma que los estándares e indicadores de la ACI se ajusten a la dirección tomada por los servicios de salud pública del Ecuador. La aplicación del Modelo Canadá a los servicios públicos de salud ecuatorianos es la más acertado y acoplada al sistema de salud ecuatoriano.

- Es importante señalar que los indicadores y estándares de salud propuestos por ACI son realizados al momento de que la institución

solicita la acreditación y ajustados a las características propias del sistema de salud del país solicitante sus características socio culturales.

- La elección de los modelos Canadá por parte del estado ecuatoriano y su ministerio de salud, evidentemente se basa a las características, principios y filosofía del mismo modelo, al ser los modelos estudiados los más representativos y de mayor trayectoria y uso a nivel mundial, el Ecuador opta por aquel cuya filosofía se adapta mejor a su sistema de salud. Una filosofía basada en el aseguramiento universal el fortalecimiento de la atención primaria de salud y el involucramiento de la comunidad en pos de las mejoras de atención y el fortalecimiento de la interacción médico-usuario.
- Por qué acreditar los hospitales en Ecuador?, como se ha detallado a lo largo de la investigación , una acreditación siempre obedecerá a las acciones conjuntas en pro de la mejora continua y la entrega de servicios bajo un sistema adecuado de gestión de calidad de los mismos.
- Al realizar la comparación entre modelos se pudo caracterizar e identificar sus diferencias (Ver Tabla N° 4), esta caracterización nos permite comprender los componentes y estándares utilizados por cada modelo y concluimos que los modelos de acreditación JCI y ACI mantienen el mismo precepto de la evaluación en base a estándares de calidad ya determinados ; por otra parte el modelo EFQM busca la

calidad en la ejecución de los procesos que conlleven a cumplimiento de los estándares aplicados para la evaluación.

- Se realizó una revisión bibliográfica en torno a la aplicación de los modelos basados en experiencias internacionales, en su mayoría la aplicación del JCI ha sido más recurrente y mayormente publicado al igual que la aplicación del modelo EFQM, por su parte el modelo Canadá ha iniciado trabajos con ministerios de salud pública de Brasil, México y actualmente Ecuador; por lo que sus resultados aún se mantienen en expectativa.
- La característica más importante encontrada radica en la aplicación de los modelos, es decir la JCI y ACI son modelos aplicados para conseguir la acreditación internacional de servicios de salud mientras que el EFQM es un modelo de evaluación de calidad para una instancia de mejora continua de la calidad, dentro de cualquier organización; y si la organización desea participar por el premio a la Calidad en Europa, la organización solicitará un informe adicional para participar en dicho premio.
- A pesar de ser dos de los modelos estudiados modelos de acreditación, su diferencia central es más en la forma de sus estándares, es importante señalar que la ACI aparece con los ideales y fundamentos de la JCI por lo que su desarrollo de trabajo difiere solo en la forma de evaluar sus estándares más no en lo que se va a evaluar. En cuanto al modelo EFQM que evalúa la calidad de cada proceso propone en cierta

forma ser la antesala a la acreditación. A manera de precisión comparativa entre modelos se crea la Tabla N° 4 aquí expuesta.

- Actualmente en el Ecuador se está llevando a cabo la acreditación a 44 centros hospitalarios a nivel nacional, la presente investigación permitió entender que dicha evaluación y utilización del modelo Canadá es acertada debido a que las características del sistema de salud ecuatoriano y el procedimiento y estándares de calidad aplicados por la ACI, comprometen el desarrollo y fortalecimiento de la calidad a los directivos y personal en general de la institución hospitalaria, según como se indica en el Manual de acreditación contiene los “estándares de excelencia”, que son establecidos por el CCHSA mediante un proceso abierto y participativo. Los estándares se definen como “objetivos o metas que deberían alcanzarse”. Dentro de cada estándar se definen “criterios”, que son “las actividades que deben hacerse para alcanzar los estándares”. El Manual se estructura en dos partes. En la primera se tienen en cuenta 4 grupos de estándares o “secciones” que deben ser evaluadas obligatoriamente en todas las organizaciones que deseen acreditarse. Estas secciones son:

- Liderazgo y Alianzas o asociados (Leadership and Partnerships) (14 estándares).
- Medio Ambiente (Environment) (8 estándares).
- Recursos Humanos (Human Resources) (11 estándares).

- Gestión de la Información (Information Management) (9 estándares).

En la segunda parte del manual se encuentran las secciones que incluyen los estándares específicos de cada uno de los tipos de organización sanitaria que acredita el CCHSA. García, (2007). En el Manual de 2000 estas secciones son las siguientes:

- Atención sanitaria institucionalizada en procesos agudos (Acute Care) (17 estándares).
- Daño Cerebral (Acquired Brain Injury) (17 estándares).
- Atención ambulatoria (Ambulatory Care) (17 estándares).
- Servicios Oncológicos (Cancer Care) (17 estándares).
- Servicios de Salud Comunitaria (Community Health Services) (19 estándares).
- Cuidados Intensivos (Critical Care) (17 estándares).
- Servicios de atención a las adicciones de las comunidades indígenas (First Nations and Inuit Addictions Services) (16 estándares).
- Servicios de Salud Comunitaria de las comunidades indígenas (First Nations and Inuit Community Health Services) (19 estándares).
- Servicios de Atención Domiciliaria (Home Care) (17 estándares).

- Atención sanitaria institucionalizada en procesos de larga duración (Long Term Care) (17 estándares).
- Atención Materno Infantil (Maternal/Child) (17 estándares).
- Salud Mental (Mental Health) (17 estándares).
- Rehabilitación (Rehabilitation) (17 estándares).

Más recientemente se han preparado o se están ultimando las secciones para la acreditación de:

Servicios de Reproducción Asistida (Artificial Reproductive Technology).

Servicios de salud de las Fuerzas Armadas Canadienses (Canadian Forces Health Services).

Todas las secciones del Manual, tanto las 4 generales como las 14 específicas tienen una estructura similar, pues los estándares se agrupan en subsecciones estrechamente relacionadas con las dimensiones de la calidad. La estructura y los estándares de las secciones específicas son muy similares entre sí, aunque adaptadas a cada servicio; quizás las secciones más diferentes son las que abordan los servicios de las comunidades indígenas.

Toda esta aplicación va mejorando y educando a toda la institución en cuanto a estándares de calidad y su cumplimiento, pero es importante mencionar que a este modelo se debería considerar la aplicación

adicional de una evaluación de calidad como la propuesta por la EFQM con el fin de reforzar permanentemente los conceptos de mejora continua de la calidad, y sea este precepto un constante en el desarrollo del trabajo de las instituciones de salud evaluadas.

- A partir del contenido de los estándares e indicadores propuestos por ACI, modelo Canadá sigue siendo el más aceptado para la realidad ecuatoriana debido al nivel de involucramiento de la misma institución hacia la mejora continua de calidad; siendo el principio fundamental del modelo la integración de los actores para el desarrollo de la calidad esperada. Al encontrarnos en una franca construcción de un sistema de salud, el Ecuador debe mejorar los niveles de atención y por ende la calidad del servicio al comprometer al talento humano, a una atención de calidez y calidad y un involucramiento de la comunidad que permita definir con mayor claridad esa calidad y calidez; a pesar de la forma de la forma que mantenga el Sistema de Salud Ecuatoriano de salud de acceso universal y gratuidad , sus principios y atención de calidad deben necesariamente ser parte de la construcción de servicios de salud con calidad y calidez.
- El CCHSA consulta con y educa a sus participantes sobre: el desarrollo y la revisión de los estándares nacionales, los cambios en el proceso de evaluación; las direcciones a seguir por el CCHSA; y, las tendencias en los servicios sanitarios con impacto sobre la acreditación. Lo que mejoraría consistentemente los conceptos de calidad en el Ecuador.

- Sin embargo el modelo EFQM propicia la realización de una evaluación comparativa del rendimiento de una organización aplicable a todas las actividades y partes interesadas, así como la comparación con otras organizaciones; la Joint Commission adopta un enfoque diferente al centrarse esta organización en estándares específicos de hospitales y no tanto en normas genéricas para el sistema de gestión de la calidad de una organización de cualquier sector. Por su parte el CCHSA de igual forma se centra en estándares específicos con la diferencia de la activa participación y formación de los miembros de la organización para el mejor manejo y desarrollo de los mismos, esta diferencia incrementa el valor adicional de la utilización conjunta con el EFQM, como complementación de una búsqueda de mejora continua.
- Los tres modelos tienen en común el uso de criterios o estándares explícitos y auditores externos a la organización. Igualmente facilitan programas de formación. Por ejemplo el EFQM fomenta, apoya y estimula la participación en actividades de mejora, y permite el intercambio de experiencias positivas para mejorar los planteamientos; el CCHSA al igual que el modelo JCAHO podrían cooperar para la convergencia e integración de los puntos fuertes de todos los modelos en un modelo común de evaluación de la calidad de la atención sanitaria, a pesar de que el JCAHO puede seguir siendo polarizado por los profesionales encargados de la realización de los estándares según el entorno biosociocultural del país al que se lo quiera aplicar.

Después de todo el rápido crecimiento de la acreditación en los últimos años ha hecho que lo hayan impulsado más los usuarios externos del sistema (gobierno, compradores de servicios y público) que sus originales usuarios, los profesionales.

- Todos los modelos estudiados, pueden ser dinamizadores del compromiso con la calidad. Aunque ninguno garantiza la inexistencia de problemas de calidad una vez aplicados, probablemente, entre otras cosas, por el alcance necesariamente parcial de todos ellos. Es decir que grandes y mejores instalaciones, talento humano altamente capacitado, entre otros, no garantizan totalmente la calidad del servicio prestado.

TABLA N°4 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN		
EFQM	JCIA / JCHO	CCHSA
<p>Modelo de evaluación de calidad, que inicia con una autoevaluación seguida de una evaluación externa. Está formada de 9 criterios de evaluación: 5 criterios facilitadores y 4 criterios de resultados.</p> <p><u>Criterios Facilitadores:</u> Liderazgo, Personas, Política y Estrategia, Alianzas y Recursos, Procesos.</p> <p><u>Criterios Resultados:</u> Resultados en Personas, en Clientes, en la Sociedad y resultados Clave. Cada Subcriterio va asociado a un número variable de áreas a abordar.</p>	<p>Modelo de acreditación mediante la evaluación externa. Consiste en una enunciación de indicadores y estándares de consenso internacionales. Está formado por dos grandes bloques:</p> <p><u>Estándares centrados en los pacientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad y continuidad en la atención. • Derechos del paciente y su familia. • Evaluación del paciente. • Atención del paciente. • Educación de paciente y su familia. <p><u>Estándares de gestión de la organización Sanitaria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión y mejora de la calidad. • Prevención y Control de la Infección • Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección. • Gestión y Seguridad de las Instalaciones. • Formación y cualificaciones del personal. • Gestión de la información. 	<p>Modelo de acreditación mediante evaluación externa. Trata de una enunciación de estándares. Dentro de cada estándar se define las actividades a realizar para alcanzarlos.</p> <p>Tiene cuatro grupos de estándares o secciones que deben ser evaluados obligatoriamente en todas las organizaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo o Alianzas o asociaciones. • Medio Ambiente • Recursos Humanos • Gestión de la Información. <p>A estos estándares le siguen secciones que incluyen estándares específicos para cada uno de los tipos de organización sanitaria, como procesos agudos, rehabilitación entre otros.</p>

Tabla 4: Análisis de los principales modelos de Evaluación / Acreditación.

TABLA N°5 CARACTERIZACIÓN DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN			
	EFQM	JCIA / JCHO	CCHSA
PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN.	Modelo de evaluación de la calidad .constituido por un conjunto de factores o criterios que interrelacionados entre sí definen a una organización teóricamente excelente, capaz de lograr y mantener los mejores resultados posibles dentro del principio de Mejora Continua	Modelo de acreditación que promueve la mejora de la atención que reciben los ciudadanos , cuyos principios están en el enfoque asistencial que tiene el paciente como eje central de la organización, la calidad tiene como protagonistas a las personas que se da el servicio y a las personas que dan el servicio.	Modelo de acreditación promueve la mejora continua por lo que sus principios de mejora de la calidad son: la organización identifica claramente a la población a la que sirve, y sus necesidades, la organización evalúa los procesos y resultados de sus servicios y utiliza esta información para tomar decisiones; las actividades de la evaluación involucran equipos de personas (de todos los estamentos de la organización) para llevar a cabo el trabajo y finalmente una dirección fuerte promueve la mejora de la calidad y ayuda a las personas a tener una visión de la calidad y un plan de calidad.
METODLOGÍA DE APLICACIÓN.	La aplicación de este modelo a una unidad de salud consiste en realizar una evaluación de los diferentes elementos que la integran (valores, modelo de gestión, procesos, resultados, etc.) y comparar los resultados con el referente teórico definido por la EFQM. Esta comparación permite, fundamentalmente, identificar	La organización se somete a una evaluación externa realizada por un equipo de evaluadores previamente preparados por la misma JCI , profesionales de amplia experiencia en el sector servicios de salud generalmente suelen ser profesionales del mismo centro para poder realizar una evaluación "inter pares" , esta es una evaluación continua y la	Dentro del programa de acreditación del CCHSA, las organizaciones hacen primero su propia revisión, llamada auto-evaluación, basándose en los estándares nacionales de excelencia, y después son sometidas a una revisión por pares. Después de la evaluación, el CCHSA entrega un informe a las organizaciones,

	<p>los puntos fuertes y las áreas de mejora de la unidad que se evalúa y facilita una visión de su situación respecto a la excelencia sostenida definida por el modelo</p>	<p>organización está sujeta a realizarla cada tres años , esto permite introducir nuevos estándares que se considere puedan aportar mejoras a los procesos asistenciales y organizativos.</p>	<p>junto a una decisión de acreditación. Las organizaciones siguen entonces las recomendaciones del informe, continúan con las mejoras continuas de sus servicios y actualizan su auto-evaluación.</p> <p>El proceso de acreditación es un ciclo continuo de aprendizaje y de mejora. Una organización pasa por cada etapa del ciclo a lo largo de un periodo de tres años, así por ejemplo una organización es evaluada una vez cada tres años.</p>
<p>CRITERIOS DE CALIDAD</p>	<p>Liderazgo, Personas, Política y Estrategia, Alianzas y Recursos, Procesos, Resultados en Personas, en Clientes, en la Sociedad y resultados Clave. Cada Subcriterio va asociado a un número variable de áreas a abordar.</p>	<p>Accesibilidad y continuidad en la atención, Derechos del paciente y su familia, Evaluación del paciente, Atención del paciente, Educación de paciente y su familia, Gestión y mejora de la calidad, Prevención y Control de la Infección, Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección, Gestión y Seguridad de las Instalaciones, Formación y cualificaciones del personal, Gestión de la información.</p>	<p>La mejora de la calidad es un acercamiento de la dirección y un sistema que busca cubrir las necesidades y expectativas del cliente utilizando para ello un proceso estructurado que identifica las áreas de mejora y que mejora todos los aspectos de los servicios de la organización, incluidos los resultados de los servicios proporcionados a los clientes.</p>

<p style="text-align: center;">RESULTADOS ESPERADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar oportunidades de mejora mediante la evaluación global de la organización. • Comprender y analizar los motivos de las deficiencias detectadas, promover la identificación de soluciones creativas y facilitar la puesta en marcha de acciones de mejora. • Orientar a la organización sobre los reajustes que debe acometer en sus recursos, actividades y objetivos para la consecución de una organización más eficiente. 	<p>La aplicación de los estándares de la JCI permite mantener el equilibrio entre los que estándares prescriptivos y aquellos que son más indicativos. Los estándares indicativos permitirán al centro hacer un determinado protocolo o procedimiento, pero es el propio centro quien lo define y los evaluadores comprobarán si se hace tal y como el centro lo ha definido. El resultado de los estándares de carácter prescriptivo, definen con precisión qué es lo que hay que hacer. Estos últimos contribuirán a definir y hacer de guía de las cosas que hay que hacer.</p>	<p>Una organización que se compromete con la mejora de calidad encuentra la manera de mejorar los servicios que proporciona a sus clientes, a su comunidad, a su personal, a sus socios, y a otros participantes. La demanda de mejora de la calidad siempre está presente.</p>
--	--	--	---

Tabla 5 Caracterización de los principales Modelos de Evaluación y Acreditación

- En cuanto a Indicadores de Calidad, dentro de la Tabla N°5 se puede apreciar las diferencias sustanciales entre los dos modelos de acreditación internacional y el modelo de evaluación de la calidad, se realizó la comparación entre los Criterios de Calidad con los cuales cada modelo trabaja, sin embargo poco se ha mencionado sobre los indicadores de calidad con los que cada modelo trabaja. Por lo que a continuación se desarrollará a modo de ejemplo los contenidos de los criterios de calidad y sus indicadores:

Para este análisis es importante recordar como ya se lo ha mencionado, la existencia de criterios de calidad que posee cada modelo, cada criterio encierra un subcriterio y cada subcriterio está compuesto por varios indicadores que permitan medir la calidad del proceso de atención. Es así como por ejemplo:

JCI

Estándar: Accesibilidad y continuidad en la atención

Sub Estándar / Indicadores: Admisión en la organización

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

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

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

De igual forma cada estándar tiene una intención y elementos medibles. Dando una gran cantidad de elementos a medir según los nivel de atención de la organización y su complejidad.

EFQM

La evaluación comienza con el Criterio general, que va seguido de su Definición, en la que se describe la importancia y utilidad del mismo en el esquema de evaluación, así como algunas sugerencias de reflexiones que debe hacer los Comités de evaluación Interna en relación con él.

Cada criterio está dividido en una serie de Subcriterios, que contemplan aspectos parciales de los criterios a los que pertenecen.

Como por ejemplo:

Criterio: Liderazgo

Subcriterios:

1.1 Definición, documentación y publicación de Misión, Visión y Valores

Definición de niveles de liderazgo y personas que lo ejercen

Cuantificar la Visión y señalar fecha de cumplimiento

1.2 Definir criterios de asignación de la propiedad de los procesos

Asignar la propiedad de los procesos en sintonía con el esquema de liderazgo

1.3 Estructurar las relaciones externas de los líderes con los grupos interesados

1.4 Listar las prácticas de “accesibilidad” del liderazgo Formalizar un Plan de comunicación interno

1.5 Establecer un Sistema de Reconocimientos

1.6 Identificar los factores de cambio.

Para cada uno de los criterios agentes facilitadores (Liderazgo, Política y estrategia, Gestión de personal, Alianzas y recursos y Procesos) se ha de tener en cuenta:

- El Enfoque o forma de abordar los temas, solucionar los problemas o alcanzar los objetivos por los agentes implicados, valorando si estas actuaciones están fundamentadas, si son sistemáticas o esporádicas, si tienen carácter preventivo, si se realiza su revisión periódica y si están implantadas de forma efectiva.
- El Despliegue de dicho enfoque, que hace referencia a la extensión de su aplicación: es decir, a cuántas personas afecta, cuantas y qué áreas están afectadas, qué y cuántos programas se desarrollan:

Para cada uno de los criterios de resultados (Resultados en los clientes, Resultados en el personal, Impacto social y Resultados clave) se han de tener en cuenta:

- Las Medidas de percepción de las personas relacionadas con el criterio evaluado sobre los resultados obtenidos.
- Los Indicadores de rendimiento o características cuantificables que, procedentes de las bases de datos internas o de información externa, se utilizan para medir los resultados en términos de eficacia y eficiencia y sirven a la unidad evaluada para supervisar, comprender y, en general, mejorar su rendimiento. Se proporciona una tabla en el anexo de la Guía EFQM con indicación de los criterios a los que pueden ser aplicados.

Para facilitar la labor de evaluación, se identifican también para cada subcriterio:

- Una serie de posibles Evidencias en las que poder soportar las valoraciones
- Un conjunto de Preguntas que ayudan en la formulación de juicios de valor y en la definición del nivel de excelencia alcanzado.

El resultado final de la autoevaluación debe concluir en:

- La identificación de los puntos fuertes
- La identificación de los puntos débiles
- El establecimiento de un Plan de Mejora con indicación de la prioridad y los responsables de las acciones propuestas en él.

ACI

Para el modelo Canadá en la primera parte de indicadores encontramos los referentes a:

- Liderazgo o Alianzas o asociaciones.
- Medio Ambiente
- Recursos Humanos
- Gestión de la Información

Cada uno de ellos con distintos estándares que se ajustan según la necesidad de la organización, por ejemplo:

Criterio: Liderazgo O Alianzas o asociaciones, tiene 14 estándares entre ellos

- Equipos de liderazgo sólidos
- Plan Estratégico
- Plan Operacional
- Identificación de necesidades
- Visión, Misión.

Los detalles de cada indicador constan dentro del paquete de acreditación que demanda un pago para su acceso; sin embargo los referidos han sido tomados de proceso de auto evaluación para a la acreditación que está llevando a cabo el Hospital Provincial General Docente Riobamba. (2013).

RECOMENDACIONES

- La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca que no se la consigue tan solo con una acreditación hospitalaria, esto es debido a que la medición de conceptos abstractos se suma a los diferentes intereses que puedan influir en las siguientes evaluaciones. Calidad y eficiencia son nociones abstractas, la necesidad de medirlas es eminente y necesaria pero se convertirá siempre en un desafío ya que los estándares utilizados para una acreditación quizás podrían no tomar como parte de ellos las características biopsicosocioculturales de los pacientes- usuarios que demandan la atención; por lo que se recomienda complementar el proceso de acreditación realizado por la ACI con un modelo de evaluación de calidad con el EFQM.
- La opinión de los usuarios es importante y fundamental a la hora de efectuar modificaciones en los servicios de salud nadie sabe mejor que el usuario cuáles son las características de la atención que los mantiene en el sistema y que a su vez permite aumentar la probabilidad de mejorar su estado de salud; así como también son ellos quienes saben cuáles son aquellos factores que los distancian del sistema público, disminuyendo su motivación y adherencia a diversos tratamientos, aumentando su nivel de riesgo. Por lo que es recomendable la participación de ellos por medio de encuestas de

satisfacción luego que el hospital haya conseguido su acreditación, permitirá una evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas que se convierte en algo imperativo para el sector de la salud.

- Al seguir esta construcción de la calidad, el licenciamiento de los Hospitales públicos, que como ya se ha mencionado, está bajo la rectoría del MSP y siendo el paso vital para el funcionamiento de un centro hospitalario, se recomienda que el licenciamiento de las unidades de salud contemplen indicadores y estándares no solo de estructura física, sino también deberán contener estándares e indicadores básicos de calidad de procesos de atención (tiempos de espera, rotación de camas, entre otros). Este licenciamiento permitiría comprometer aún más a directivos y personal con los conceptos de calidad en busca de una acreditación futura.
- Se recomienda además anteceder a la acreditación una aplicación del modelo EFQM, por ser más completo, no prescriptivo, con un amplio enfoque hacia la satisfacción de todos los grupos de interés, por su determinación de puntos fuertes y áreas de mejora, su autoevaluación interna y, por tanto, la necesaria implicación de todos los agentes en este compromiso de calidad siendo necesario su adaptación a organizaciones sanitarias. El modelo JCAHO y ACI son, sin lugar a dudas, los que más se adaptan a las instituciones sanitarias, pero tiene el inconveniente de diferente manera cada uno, de no analizar en

profundidad los niveles inferiores de la institución, mucho menos de procesos de atención.

- Para la mejora de los procesos de acreditación de los servicios de salud, es recomendable reconocer los avances del sistema de salud ecuatoriano de esta forma se entenderá de mejor forma la relación directa con la Calidad, una calidad entendida desde las necesidades de la población, quienes son los que dirigen los procesos de accesos y demandas de atención hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Betancurt A, Tunjo M,. (2012); Desarrollo de procesos de acreditación en países de latinoamerica y el caribe. Universidad Nacional de Colombia. Departamento Salud Publica; Bogota – Colombia .
- Centro de Preparación en Salud Pública –UPR. Módulo Autoinstruccional, División de Educación Continua y Estudios Profesionales-EGSP: El Sistema de Salud de Puerto Rico; 2009. Disponible en:
http://www.rcm.upr.edu/publichealth/Documentos/Modulo_Sist_Salud_PR.pdf.
- CEPAL (2005), Documentos de proyectos Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Disp.:
www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Cap3.pdf.
- Donahue KT, vanOstenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. Int J Qual Health Care 2000 Jun;12(3):243-6.
- Duvauferrier R, Rolland Y, Philippe C, Milon J de Korvin B, Rambeau M, Morcet N, Ramee A. Comparison of accreditation procedures, ISO 9000 certification procedures and total quality management. Personal experiences and application of quality assurance in a department of radiology and medical imaging. J Radiol 1999 Apr;80(4):363-7.

- European Foundation Quality Management. (1999) Modelo EFQM de Excelencia: 1999. Madrid: Club Gestión de la Calidad.
- European Foundation Quality Management. About EFQM. Disponible en: URL: <http://www.efqm.org>
- FAD , (2001). Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Barcelona: Viena Serveis, 2001. www.fadq.org/.
- García Ignacio, 2007, Validación de un Modelo para Medir la calidad asistencial en los hospitales, Tesis Doctoral, Universidad de Cadiz.
- González B. (1991). Análisis Multivariante. Aplicación al ámbito sanitario. Barcelona: SE Editores, S.A.
- González B. (2000) Análisis Multivariante. Aplicación al ámbito sanitario. Barcelona: SE Editores, S.A. 1991. Citado en : Disponible en Canadá. Perfil del Sistema de Servicios de Salud. <http://www.hc-sc.gc.ca/english>.
- González M. Prat A, (2001) Matiz MC, Careño JN y Adell C. Rev Calidad Asistencial ;16:700-704.
- Hospital Provincial General Docente Riobamba, Socialización de avances para el proceso de acreditación con Canadá Internacional; MSP, 2013. <http://es.calameo.com/read/002872099afd155d7ec83>
- Hospital Galenia 2012, Mexico. Disponible en <http://www.hospitalgalenia.com/certificacion.php>

- http://www.european-hospital.com/en/article/2295-LA_GESTI%C3%93N_DE_LA_CALIDAD.html
- INEC-CEPAL .Ecuador Proyecciones de Población 1950-2025. Ecuador
- Klazinga N. Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. *Int J Qual Health Care* 2000 Jun;12(3):183-9.
- Lee, R. y Jones LW. (1993). *The fundamentals of good medical care*. Chicago: Chicago University Press.
- Maderuelo Fernández J. A.. (2002). *Gestión de la calidad total: El modelo EFQM de excelencia*. *Medifam [revista en la Internet].*; 12(10): 41-54. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>.
- Mesa C. CEPAL – Documentos de proyectos Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Diciembre de 2005. Disponible en: www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Cap3.pdf.
- Ministerio de Salud Pública Ecuador (1995). MSP, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Segunda Reunión de Acreditación de Hospitales en Ecuador. Informe Final Quito Ecuador. Disponible en: <http://www.bibliotecaonu.org.ec>.
- Ministerio de Salud Pública-Ecuador-Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Segunda Reunión de

Acreditación de Hospitales en Ecuador. [Informe Final] 20 y 21 de julio de 1995, Quito Ecuador. [Internet] Disponible en: www.bibliotecaonu.org.ec/Registro2.aspx?type=2&title=4474%20SEGUNDA%20REUNION%20DE...ECUADOR-pdf

- Moeller J. The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care. Int J Qual Health Care 2001 Feb;13(1):45-9.
- Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. European Foundation for Quality Management. Int J Qual Health Care 2000 Jun;12(3):191-201.
- OPS . Organización Panamericana de la Salud. (2008) Organización Mundial de la Salud, Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe. Perfil De Los Sistemas De Salud-Ecuador Monitoreo Y Análisis De Los Procesos De Cambio Y Reforma (Tercera edición); Disponible en: www.lachealthsys.org.
- OPS. (1995). Segunda Reunión Nacional de Acreditación Hospitalaria en el Ecuador. El proceso de acreditación Hospitalaria en el Ecuador, Quito Ecuador. Disponible en: <http://www.bibliotecaonu.org.ec>.
- Organización Panamericana de la Salud. redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. 49 consejo directivo 61.a sesión del comité regional Washington DC: 2009

- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe. Perfil De Los Sistemas De Salud-Ecuador Monitoreo Y Análisis De Los Procesos De Cambio Y Reforma (Tercera edición); Octubre 2008 [Internet] Disponible en: www.lachealthsys.org.
- Quality Management in Psychiatry. (2007). La Gestión de Calidad. España. Disponible en : [www.european-hospital.com/en/article/2295-LA-GESTION DE LA CALIDAD.html](http://www.european-hospital.com/en/article/2295-LA-GESTION-DE-LA-CALIDAD.html)
- RCM. Universidad de Puerto Rico. (2009). Centro de Preparación en Salud Pública –UPR. Módulo Autoinstruccional, División de Educación Continua y Estudios Profesionales-EGSP: El Sistema de Salud de Puerto Rico; Disponible en: <http://www.rcm.upr.edu/publichealth>.
- Segunda Reunión Nacional de Acreditación Hospitalaria en el Ecuador. El proceso de acreditación Hospitalaria en el Ecuador. [Plan de Trabajo] Sept. 1995, Quito Ecuador. Disponible en: www.bibliotecaonu.org.ec
- Shaw C, Heaton C., Summary of the ExPeRT Project, Caspe, Jun 2000. Disponible en:
- Suñol, R. y Bañeres, J. (1997). Origen, evolución y características de los programas de Gestión de la Calidad en los servicios de salud. En: J. Saturno, J.J. Gascón y P. Parra (Eds.) Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma. Disponible en Psicología para America Latina <http://psicolatina.org/08/evaluacion.html>

- Williams, Guillermo. (1999). Calidad de los servicios de Salud. Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Universidad Nacional del Noreste. Argentina disponible en <http://med.unne.edu.ar>.