Conocimientos, percepciones y barreras del personal de salud con la acreditación institucional en seis Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención del Valle de Aburra en el departamento de Antioquia en el año 2015.

Margarita María Escudero Osorio

Directora del trabajo de investigación
Dra. Claudia Arenas Pajón Mg.

Facultad de Medicina
División de posgrados en salud pública

Grupo de investigación
Observatorio de la salud pública

Línea de investigación
Auditoria y calidad en salud

Medellín
Agosto de 2016

Conocimientos, percepciones y barreras del personal de salud con la acreditación institucional en seis Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención del Valle de Aburra en el departamento de Antioquia en el año 2015.

Margarita María Escudero Osorio

Directora del trabajo de investigación
Dra. Claudia Arenas Pajón Mg.

Facultad de Medicina
División de posgrados en salud pública

Aspirante para optar el título de
Magister en Calidad en Salud

Medellín
Agosto de 2016

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Medellín, agosto de 2016

Tabla de contenido

Lista de tablas....6
Lista de gráficos....7
Lista de anexos....9
Resumen....10
1. Formulación del problema....12
1.1 Planteamiento del problema....12
1.2 Justificación de la Propuesta....18
1.3 Pregunta de Investigación....19
2. Marco Teórico....20
2.1 Definición....20
2.2 Bases conceptuales de la Acreditación....20
2.3 Principios....21
2.4 Proceso de Acreditación....22
2.5 Ejes trazadores en el Sistema Único de Acreditación....25
2.6 Contexto Normativo....26
2.7 Contexto internacional....27
2.8 Contexto Nacional....327
2.9 Contexto Departamental....39
2.10 Empresas Sociales del Estado....40
3. Objetivos....43
3.1 Objetivo General....43
3.2 Específicos....43
4. Metodología....44
4.1 Enfoque Metodológico de la Investigación....44
4.2 Tipo de estudio....44
4.3 Población....44
4.4 Diseño muestral....45
4.5 Descripción de las Variables....45
4.5.1 Diagrama de variables....46
4.5.2 Tabla de variables:....46
4.6 Técnicas de recolección de información....52
4.7 Prueba piloto....53
4.8 Control de sesgos....53
4.9 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos....54
5.Consideraciones Éticas....59
6. Resultados....60

6.1 Características demográficas y laborales del personal directivo, de los jefes de procesos y/o de los jefes de área. 60
6.2 Grado de conocimiento en acreditación que tiene el personal seleccionado y el compromiso de los directivos con la acreditación en salud según tipo de institución participante en el estudio. 63
6.3 Incentivos, percepción de calidad, motivaciones y beneficios relacionados con la acreditación según tipo de institución participante 67
6.4 Nivel de satisfacción y percepción de calidad por parte de los usuarios 70
6.5 Barreras que tiene el personal seleccionado para aplicar los estándares de acreditación. 71
6.6 Factores que más explican las diferencias entre las instituciones no acreditadas y una institución acreditada. 76
7. Discusión 79
8. Conclusiones 85
9. Bibliografía 88
10. Anexos 94

Lista de tablas

Tabla 1. Modelos de acreditación mundial.....32
Tabla 2. Censo de población participante en el estudio.....45
Tabla 3. Variables según objetivo específico al que responde 46
Tabla 4. Análisis de datos de cada variable y forma de representación 54
Tabla 5. Distribución porcentual de los empleados según el tipo de vinculación laboral. Valle de Aburra. 2015 62
Tabla 6. Nivel de satisfacción de los usuarios según los empleados de instituciones no acreditadas y una acreditada. Valle de Aburra. 2015.....70
Tabla 7. Ponderación de las barreras que puedan existir para implementar la acreditación. Según su peso en instituciones no acreditadas y una acreditada. Valle de Aburra. 2015 72
Tabla 8. Ponderación de los factores que influyen en la implementación de estándares de acreditación, según su peso en instituciones no acreditadas y una acreditada. Valle de Aburra. 2015.....74
Tabla 9. Nivel de exigencia de la norma colombiana en acreditación según concepto de los empleados en instituciones no acreditadas y una acreditada. Valle de Aburra. 2015 76
Tabla 10. Factores relacionados con la acreditación según tipo de instituciones (RP crudos).....77
Tabla 11. Factores relacionados con los conocimientos, incentivos, percepción de calidad y barreras según tipo de institución (RP ajustados) 78

Lista de gráficos

Grafico 1. Diagrama de variables de conocimientos, percepciones y barreras del personal de salud con la acreditación institucional 46
Grafico 2. Distribución porcentual de la participación de los empleados según la institución. Valle de Aburra. 2015 60
Grafico 3. Distribución porcentual de los empleados según la edad. Valle de Aburra. 2015 61
Grafico 4. Distribución porcentual de los empleados según su perfil dentro de la institución. Valle de Aburra. 2015 61
Grafico 5. Distribución porcentual de los empleados de acuerdo al nivel educativo. Valle de Aburra. 2015 62
Grafico 6. Distribución porcentual de los emp,eados según horas de trabajo diarias 63
Grafico 7. Distribución porcentual de los empleados según el tiempo laboral en la institución. Valle de Aburra. 2015 63
Grafico 8. Distribución porcentual según el tipo de respuestas de los empleados en conocimientos de acreditación. Valle de Aburra. 2015 64
Grafico 9. Distribución porcentual de los empleados según el grado de conocimiento en acreditación. Valle de Aburra. 2015 65
Grafico 10. Distribución porcentual de los empleados según el grado de conocimiento en acreditación, en instituciones no acreditadas y en una institución acreditada. Valle de Aburra. 2015.....66
Grafico 11. Distribución porcentual de los empleados según la influencia y el compromiso de la alta dirección con la acreditación. Valle de Aburra. 2015 66
Grafico 12. Distribución porcentual según la influencia del compromiso de la alta dirección con la acreditación, en una institución acreditada y en una no acreditada. Valle de Aburra. 2015 67
Grafico 13. Distribución porcentual según la existencia de incentivos que estimulen el trabajo en acreditación, en instituciones acreditadas y en no acreditadas 68
Grafico 14. Distribución porcentual según la existencia de beneficios institucionales, en instituciones acreditadas y no acreditadas, Valle de aburra. 2015.....69
Grafico 15. Principales beneficios que trae la acreditación según el personal de instituciones acreditadas y no acreditadas. Valle de Aburra. 2015. 69
Grafico 16. Principales motivaciones para trabajar en acreditación según los empleados de instituciones acreditadas y no acreditadas. Valle de Aburra. 2015.70

Grafico 17. Distribución porcentual según la existencia de barreras para la implementación de la acreditación, en instituciones acreditadas y no acreditadas. Valle de Aburra. 2015 71

Lista de anexos

Anexo 1. instrumento aplicado a los empleados de las seis empresas sociales del estado 94
Anexo 2. autorización comité de ética. 97

Resumen

Introducción: se entiende como sistema único de acreditación, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios.
Objetivo: con la presente investigación se pretende conocer los conocimientos, motivaciones, percepciones y barreras del personal de salud con la acreditación institucional en seis Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención.
Metodología: se realizó un estudio descriptivo, transversal, con intención analítica, con fuentes primarias de información, a través del personal de seis Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad, del Valle de Aburra. Con ayuda de la estadística y herramientas de epidemiología clásica se buscan posibles relaciones y diferencias entre la población analizada.
Resultados: se encontró que el 53,6% de los empleados encuestados tuvo conocimientos insuficientes sobre acreditación y los de mayores conocimientos fueron empleados de una institución acreditada (68%). El 72,3%, consideró que la influencia de la alta dirección con la acreditación es elevada. El 88% de los empleados de la entidad acreditada consideraron que sí existen incentivos para la acreditación, frente al 13% de los empleados de instituciones que no están acreditadas. En cuanto a los beneficios institucionales que podría traer la acreditación, los empleados de ambos tipos de instituciones, no acreditadas y una acreditada, consideraron que dichos beneficios sí existen. El 70% de los encuestados consideraron que los recursos económicos insuficientes, son la principal barrera para la acreditación.
Conclusiones: de los hallazgos se deduce que la mayoría de los empleados de las instituciones no acreditadas consideran que no existen incentivos para trabajar en acreditación, ambos tipos de instituciones, la que está acreditada y las que no lo están, consideran que este un proceso costoso, dispendioso y con pocas retribuciones institucionales.

Palabras clave: Acreditación de instituciones de salud, Calidad, Conocimiento, Barreras, Motivación.

Abstract

It is understood as the only system of accreditation, the set of processes, procedures and tools voluntary and periodic implementation by the institutions providing health services, aimed at testing the gradual compliance levels quality above the legal minimum requirements. With this research aims to determine the knowledge, motivations, perceptions and barriers of health personnel with institutional accreditation in six social enterprises of the State of first level of care.

A descriptive, cross-sectional study with analytic intent, with primary sources of information, through the staff of six state social enterprises first level of complexity, Aburra Valley. With the help of statistics and epidemiology classical tools, are sought possible relationships and differences between the population analyzed.

It was found that 53.6% of employees surveyed had insufficient knowledge about accreditation and the more knowledge were employed from an accredited institution (68%). 72.3% it considered that the influence of the high direction with the accreditation is high. 88% of employees of the accredited entity considered that there are incentives for accreditation, compared with 13% of the employees of institutions that are not accredited. As for the institutional benefits that could bring the accreditation, employees of both types of institutions, considered that such benefits do exist. It 70% of the respondents considered that them resources economic insufficient are the main barrier for the accreditation.

The findings suggests that most of the employees of the institutions do not consider that they there are incentives to work on accreditation, and considered this a costly, wasteful and with few institutional compensation process.

Keywords: Accreditation of health institutions, Quality, Knowledge, Barriers, Motivation.

1. Formulación del problema

1.1 Planteamiento del problema

En Colombia la necesidad de tener servicios de salud que respondan por los requerimientos cada vez más exigentes de los usuarios, con un entorno cada vez más competitivo, con un mercado globalizado que exige que los servicios estén mejor preparados para responder a los nuevos retos en salud, ha llevado al gobierno nacional a establecer la ruta para que las instituciones prestadoras de servicios de salud alcancen altos estándares de calidad, es así como nace el Sistema Único de Acreditación en Salud de Colombia (SUA) el cual, promueve la adquisición y mantenimiento de estándares altos de calidad.

El SUA, como lo plantea el ICONTEC (1), tuvo en sus inicios instrumentos fundamentales para trazar la ruta del sistema, la expedición del manual de acreditación de hospitales con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) (2), así como el estudio contratado por el Ministerio de Salud a finales de la década de 1990, con el Consejo Canadiense de Acreditación. Desde el punto de vista normativo, tiene sus antecedentes más importantes en la Ley 100 de 1993 (3), y en los Decretos reglamentarios 1918 de 1994 (4), 2174 de 1996 (5), 2309 de 2002 (6), y 1011 de 2006 (7), así como en sus Resoluciones reglamentarias, 1474 de 2002 (8), en especial la Resolución 1445 de 2006 (9), la Resolución 123 de 2012 (10), con la cual se definió el manual de estándares aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud a partir de agosto de 2013 y más recientemente el decreto 903 de 2014 (11) y la resolución 2082 de 2014 (12) que fija los lineamientos generales que permiten la operatividad del SUA.

Es importante tener en cuenta también los aspectos señalados en la Ley 1438 de 2011 (13), en especial en lo referente a la acreditación de hospitales universitarios y al desarrollo de incentivos para instituciones que la obtengan, temas que aún falta fortalecer mediante su reglamentación.

De otro lado es necesario tener presente que: “El concepto de calidad ha estado ligado al mundo de la salud desde hace muchos años, y en él se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios. Son diversos los sistemas que se han estado introduciendo de forma progresiva, Normas ISO-9000, el sistema de acreditación de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) y el modelo europeo de excelencia (EFQM)” (14). Tanto a nivel mundial, como en nuestro país, se busca que con la calidad se puedan disminuir los riesgos para los pacientes con la disminución de fallas por parte de los profesionales y

personal de la salud, mediante la búsqueda de la excelencia en la atención, estandarizando los procesos para obtener mejores resultados.

Como se menciona en el texto Auditoria en Salud de García (15), en su capítulo sobre Acreditación en salud de Molina y colaboradores (16), desde el año 1140 en India y China se empezaban a desarrollar requisitos para el ejercicio de la medicina, en Italia iniciaban los esfuerzos para licenciar a todos los médicos lo que dio lugar luego a estándares educativos uniformes, los cuáles denominados con un rotulo diferente con el que se les puede conocer ahora, podrían estar apuntando de alguna manera a estándares de calidad para la atención y servicio de los pacientes.

Desde hace mucho tiempo el hombre ha trabajado en el desarrollo tecnológico y cada vez es más sorprendente el avance en esta área. Como lo dice Salazar en el Manual de Acreditación para instituciones hospitalarias (2), hoy hablamos de mega tendencias y una de ellas es el tema de la calidad, a través de procesos de mejoramiento, que aplicados a las cosas, las hace más aptas para el consumo del usuario, y cuando las aplicamos a servicios, significa dignificarlas para que el usuario las reciba con satisfacción.

Dentro de los primeros países que tuvieron avances importantes en el tema de Acreditación se encuentra Estados Unidos, quien cuenta con una Comisión Mixta de Acreditación que ha sabido enfrentar los desafíos que se les han presentado. Quizás los mayores cambios sufridos en el sistema de los Estados Unidos han sido el resultado de nuevas actitudes hacia la calidad de la atención (2). Ya en el año 1966 el profesor Donabedian (17) hablaba de los conceptos de estructura, proceso y resultado, que son hoy pilares para la evaluación de la calidad en la atención en salud.

En Colombia, las primeras instituciones prestadoras de servicios de salud que lograron la Acreditación en Salud lo hicieron en el año 2005, al mes de julio de 2016, son 37 organizaciones acreditadas. En el departamento de Antioquia, solo son cuatro, de las cuales solo hay dos del sector público (18). Todas estas entidades con un nivel de desarrollo mayor que muchas otras y ubicadas en el área metropolitana del departamento. En municipios más alejados del Área Metropolitana del Valle de Aburrá aun no existen instituciones de salud acreditadas, así mismo se ve en el resto del país, pues de las entidades acreditadas solo hay dos de primer nivel de atención que están distantes de la capital respectiva, el resto son centros especializados de mediana y alta complejidad ubicados en las grandes ciudades, lo que podría hacer pensar que para que otras instituciones logren alcanzar esos estándares altos de calidad tendrían que alcanzar un mínimo grado de desarrollo empresarial que les permitiera tener los elementos y condiciones mínimas para trabajar en los exigentes estándares que requiere el Ministerio de Salud y Protección Social.

Llama la atención que sean tan pocas las instituciones que han alcanzado ese grado de excelencia con la acreditación, si es claro que es un proceso que beneficia a todos. ¿Dentro del perfil de las personas que labora en las instituciones de salud, podrían existir condiciones o características que hacen difícil que este proceso se lleve a cabo en la mayoría de entidades?, esto no se sabe, y es lo que se pretende responder con esta investigación.

La percepción que queda luego de revisar los modelos de acreditación de Chile, Argentina y Perú y de lo que se conoce de otros países como en el País Vasco, donde se hizo una referenciación en el año 2014 por un grupo de gerentes y secretarios de salud del Valle de Aburra del departamento de Antioquia, es que allí los estándares de calidad no son tan exigentes como en Colombia en cuanto a infraestructura, están más fortalecidos en cuanto a procesos y resultados en salud, así mismo se evidenció en Chile, donde también se hizo una visita en el año 2012 por otro grupo de gerentes y secretarios de salud del Valle de Aburra, notando que en cuanto a infraestructura la norma de calidad no es tan exigente y aun los mismos estándares se refieren más a requisitos mínimos de proceso y de resultados, siendo más factibles de lograr por parte de los prestadores de servicios de salud.

A manera de reflexión se podría decir que las dificultades económicas de la región, la desigualdad social, las políticas neoliberales que se han venido generalizando en los países de América Latina, han sido causas para que los procesos de calidad no tengan un desarrollo que responda a las necesidades de la población, aun no se ve mejoría en los indicadores de salud, quizás el único país que ha logrado mejoras en este sentido es Chile. Colombia es tal vez uno de los países que más ha avanzado en reglamentación y cobertura, pero esta distante de lograr adecuados indicadores que muestren mejoría en las condiciones de salud de la población (19).

La acreditación puede definirse como un proceso de evaluación externa al que se somete una organización sanitaria, basado en la revisión de unos criterios o estándares consensuados cuyo cumplimiento manifiesta que ese centro desarrolla sus funciones con parámetros de calidad, al menos, cercanos a la excelencia. En definitiva, acreditar no es más que “hacer algo digno de crédito” (14). De acuerdo a esta definición se entiende entonces el grado de exigencia que tiene este proceso y todo lo que enmarca para poder hablar de excelencia, es así como la acreditación toca toda la organización. Como lo menciona el ICONTEC, sobre el alcance de la acreditación:

Si bien la intención inicial del sistema se refería a la información con la que un posible usuario decidiera en dónde ser “mejor atendido”, es necesario analizar alcances superiores de la acreditación como el impulso al cumplimiento de los requisitos básicos legales, el uso de herramientas de mejoramiento continuo, la comparación entre instituciones, la transformación cultural y la contribución a la sostenibilidad de las

instituciones, entre otros aportes, que trascienden el ámbito de la libre escogencia basada en decisiones informadas, un tema en el cual hay aún demasiado camino por recorrer (1).

Como se puede deducir de la anterior cita, la acreditación conlleva muchos beneficios no solo para los pacientes, quienes son la razón de ser, sino para las empresas que la obtienen, pues como lo refiere García(15), se convierte en una herramienta gerencial para demostrar niveles óptimos de calidad en la prestación de servicios de salud, pero hay que tener en cuenta que es un proceso que requiere un alto grado de exigencia por parte de las entidades que asesoran y certifican. La acreditación busca ir más allá de tener procesos estandarizados, debe, además, medir el impacto de la atención en el usuario y su grado de satisfacción.

Si bien, es suficientemente conocida la finalidad de la acreditación en salud, sus beneficios, su importancia para el mejoramiento de calidad en la prestación de los servicios de salud; poco se sabe sobre lo que piensan, conocen y perciben los empleados de las instituciones de salud sobre la acreditación, y son ellos quienes deben adelantar los procesos relacionados con esos estándares superiores de calidad.

No existe un adecuado conocimiento sobre las características del personal de estas instituciones, que diferencias podrían existir entre personal de instituciones acreditadas y personal de instituciones no acreditadas y si estas diferencias permiten identificar aspectos a mejorar, de tal manera que se fortalezcan los procesos de acreditación.

Como lo menciona el ICONTEC (1), sin adecuados incentivos y sin contratos formales con aseguradoras que reconozcan la calidad superior, la oferta de calidad superior de las instituciones acreditadas puede terminar en mayores presiones de todo tipo, incontables trámites para el pago de cuentas o la expedición de autorizaciones. Algunos líderes institucionales podrían, con todo derecho, sentirse escépticos sobre los beneficios. Esto se ve aún más difícil si se tiene en cuenta que el sistema de salud tiene predominio mercantilista que hace que no se prefiera la contratación de servicios con las entidades acreditadas o que estén adelantando procesos con estándares altos de calidad, por el contrario, prevalece la integración vertical, mediante la cual, los aseguradores (EPS) prestan servicios de salud de forma directa, a través de centros de atención propios (20). Esto hace que muchas veces el personal de la salud no vea compensado el trabajo arduo que significa avanzar en calidad y aparentemente no percibe cambios sustanciales en la dinámica de la institución y en el estado de salud de los pacientes, al parecer esos logros quedan en intangibles. Tal como se describe en otro texto del ICONTEC sobre humanización:

“Lamentablemente, la práctica de la atención en salud parece mostrar: los servicios de salud se han convertido en una mercancía, hay indolencia, el mundo

de la salud está cada vez más definido desde la enfermedad, una pérdida de vista de las relaciones humanas, el trato y la comunicación son evidentes. Los trabajadores de la salud, cada vez con mayores presiones laborales, con dificultades salariales, pérdida del ingreso y dificultades para mantener su estatus, reaccionan ante su propia situación" (21).

Lo anterior puede ocasionar que el recurso humano no esté comprometido con el proceso de calidad y lo vean como una carga más, es posible que no encuentren las ventajas que de manera inmediata les traería consigo la acreditación.
Según la opinión de expertos* otro factor que afecta los procesos de calidad y que se vive a diario es la discontinuidad y alta movilidad, sea por el tipo de contratación o por insatisfacción, del personal que labora en las ESE lo que hace que el conocimiento adquirido no permanezca y genere re-procesos ocasionando que las entidades no avancen en calidad.

La imposibilidad para muchas instituciones de tener un líder en calidad de tiempo completo que apoye toda la labor de implementación, motivación, seguimiento, evaluación y ajustes al sistema de calidad, también dificulta el proceso.
Se requiere en estos casos una alta dosis de motivación interna, principios y valores institucionales y un norte de indeclinable vocación de servicio como base filosófica. En este campo, el aporte de la acreditación puede ser fundamental. A la vez, el reconocimiento del gobierno y de las demás autoridades del sistema a los logros, se convierte en un estímulo necesario para continuar en el interminable camino de la mejora (1).

Como se menciona en un texto sobre mejora integrada de procesos en hospitales como enfoque para mejorar la atención en salud,

> Los hospitales de todo el mundo operan dentro de distintos sistemas de salud y varían en su estructura, procesos y servicios que ofrecen, pero los desafíos que enfrentan son notablemente similares. Por un lado, la demanda es cada vez mayor y más compleja, mayor número de pacientes, con nuevas tecnologías, nuevas enfermedades o la necesidad de atender a los pacientes en zonas remotas. Por otro lado, los servicios de salud son crónicamente malos cuando se trata de recursos como espacio, personal o finanzas que permitan satisfacer la creciente demanda. La discusión pública está llena de historias sobre errores médicos prevenibles, desperdicio debido a ineficiente asignación de recursos y sobre profesionales de la salud que enfrentan un estresante trabajo cotidiano (22).

**Dr. Hernán Aguilar y Diego Montoya, Gerentes de Empresas Sociales del Estado de municipios del departamento de Antioquia. Medellín noviembre de 2014.*

Se entiende entonces que, si bien cada entidad es diferente y la aplicación de la norma de mejoramiento continuo en calidad tendrá que darse de manera diferente

y a distintos ritmos en cada una de ellas, estas entidades comparten dificultades similares que con adecuados procesos de calidad podrían mejorar, sin embargo, esa misma heterogeneidad de las instituciones, quizás sea uno de los aspectos que contribuye a retardar los procesos de acreditación.

De acuerdo a la experiencia personal en la gerencia de un hospital público se observa que adicionalmente hay desconocimiento de la norma por parte del personal que labora en las instituciones, se han capacitado más en la norma de habilitación, que es obligatoria para poder operar los servicios, pero no tanto en los estándares superiores de calidad de la acreditación, a esto se le suma el desinterés de algunos directivos en asumir el liderazgo para llevar sus entidades al mejoramiento de la calidad, restándole importancia porque tal vez no se han dado cuenta que, como lo dice el decreto 1011 de 2006 de acuerdo con el principio de eficiencia "las entidades acreditadas procuraran la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles" (7), lo cual debe traducirse en mejores resultados en términos administrativos y financieros. Otros líderes ven en la acreditación una posibilidad de tener protagonismo y reconocimiento personal, mas no lo ven con el interés de estandarizar unos procesos que garanticen calidad en la atención y que permanezcan en el tiempo.

No existe una cultura organizacional con énfasis en la calidad, las entidades de salud del sector público se han dedicado más a cumplir con el día a día, a intentar subsistir financieramente, con débiles procesos de planeación que han hecho difícil adquirir una cultura de la calidad.

Son pocos los estudios que hasta el momento se han realizado sobre aspectos del personal de entidades de salud acreditadas y no acreditadas, para tratar de entender si dichos aspectos pueden convertirse en razones para que no haya un mayor número de entidades con estándares superiores de calidad, adicionalmente alguna de la bibliografía encontrada sobre factores que pudieran incidir en la implementación o no de la acreditación no tiene autorización para su difusión, lo que dificulta tener referentes bibliográficos que den peso y valor a lo que se percibe a diario en las instituciones prestadoras de servicios de salud y este también se puede considerar a su vez, un argumento para querer abordar el tema con este estudio, pues si no se avanza con investigación y evidencia científica válida en el tema, difícilmente se podrán soportar las decisiones o acciones que cotidianamente se deben tomar con relación al mejoramiento de la calidad en salud.

1.2 Justificación de la Propuesta

Al conocer las características del personal que labora en las instituciones de salud, sus conocimientos, percepciones, motivaciones y barreras en cuanto a la acreditación y poder comparar estas entre funcionarios de una entidad acreditada con otros de entidades no acreditadas, permite identificar las diferencias entre ellos de tal manera que se puedan hallar aspectos que sea necesario fortalecer para mejorar los procesos y contribuir a que exista una mayor cultura de la calidad.

La acreditación en salud pretende apoyar la labor en las instituciones mediante la estandarización de procesos que permitan prestar servicios con mejor y mayor calidad y con más seguridad para el paciente. Sin embargo es preocupante que después de diez años de implementación de la norma haya tan pocas instituciones acreditadas y poco se conoce de las razones reales de este resultado poco alentador, tal como lo dice Arenas C, “En Colombia y en general en el mundo, se han desarrollado muy pocos estudios que realmente midan el impacto de los procesos y resultados administrativos como elementos componentes de la calidad en salud, máxime si se trata de procesos apalancados en sistemas y estrategias, tales como la acreditación de los servicios”, la mayoría de los estudios se ha centrado en resultados clínicos, dejando de lado aspectos importantes que puedan garantizar los procesos de calidad en el tiempo (23).

En la literatura si bien se encuentra mucha información sobre experiencias exitosas en prácticas de aplicación de estándares, sobre estrategias y herramientas para su implementación, no se ha encontrado un estudio que dé cuenta de la percepción, motivaciones y barreras que puedan estar teniendo los empleados de las instituciones para aplicar los estándares de acreditación que requiere el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, así mismo no se conoce un comparativo de estas situaciones entre instituciones que están acreditadas y que se espera tengan procesos de calidad mejor implementados, con instituciones no acreditadas.

Factores como el poco compromiso de los directivos, el desconocimiento de la normatividad, los escasos incentivos, los costos de implementación y la inestabilidad del recurso humano, podrían influir en el cumplimiento de estándares de acreditación institucional en salud. La importancia de esta investigación radica en que permite a las instituciones identificar que tanto existen estos factores al interior de sus instituciones, para de esta manera, poder intervenirlos y mitigar sus efectos en el logro de servicios con mayor calidad.

Teniendo en cuenta entonces los beneficios que trae para una institución, para los gerentes de las mismas, y principalmente para los usuarios, la implementación de los estándares de acreditación; se hace imperativo identificar algunos aspectos del personal que puedan incidir para que pocas entidades se interesen en lograr la acreditación en salud. Esto es lo que espera conocerse con esta investigación, cuyos resultados serán de utilidad para las Instituciones que quieran adelantar o estén adelantando procesos de calidad y puedan intervenir dichos factores para garantizar resultados mejores y con mayor agilidad, así mismo puede ser un punto de partida para profundizar sobre los hallazgos y desarrollar futuras investigaciones que amplíen el conocimiento sobre factores que puedan ser un obstáculo en el avance de la acreditación en salud en el país.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características del personal, estímulos, barreras y conocimientos, sobre estándares superiores de calidad según acreditación de instituciones de primer nivel de atención del Valle de Aburra en el departamento de Antioquia en el año 2015?

2. Marco Teórico

A través de la revisión bibliográfica se hace un acercamiento a lo que desde el punto de vista teórico significa la acreditación en salud, su definición, bases conceptuales, normatividad y diferentes contextos en que puede desarrollarse, así mismo se hará un recuento de lo que son las Empresas Sociales del Estado como instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, donde se aplicará este estudio.

2.1 Definición

De acuerdo a lo estipulado por el decreto 903 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social (11), se entiende como Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las siguientes entidades: instituciones prestadoras de servicios de salud, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional; que voluntariamente decidan acogerse al proceso de acreditación previsto. Dichos procesos están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

La intencionalidad de la Acreditación en Salud se desarrolla en armonía con lo establecido en el artículo 3° del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, el cual establece claramente que “Las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados” (7).

2.2 Bases conceptuales de la Acreditación

- Garantía de la Calidad

Un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente

situaciones que puedan afectar de manera negativa la atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las que se emprendan para corregir sus deficiencias. (11)

- Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC)

El mejoramiento continuo (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial que involucra a los gerentes, a los demás directivos y a los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus familias.

Este sistema mira a la organización con enfoque sistémico y entiende la atención en salud que esta brinda como un continuo clínico administrativo cuya finalidad es alcanzar resultados de la atención en salud ofrecida al paciente, introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen la utilización inadecuada de los recursos, la duplicidad de procesos y el trabajo innecesario (11).

- Atención Centrada en el Cliente

Cuando se aplica el MCC la meta es identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad. Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los usuarios. Esta transición de los prestadores de servicios hacia el enfoque de satisfacer las necesidades de sus usuarios, implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con sus expectativas y promover acciones de mejoramiento.

Como en cualquier reorientación o readaptación de una institución, adaptarse a este enfoque implica cambios en la filosofía y cultura de la organización, en el tipo de liderazgo, en la planeación y compartir del conocimiento del negocio, en hacer cambios significantes en el trabajo diario, en los roles y apoderamiento de las personas y en las relaciones y coordinación del trabajo entre los profesionales dentro de la organización (11).

2.3 Principios

Gradualidad. El nivel de exigencia del cumplimiento de los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación en Salud aprobados, será creciente

en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

Manejo de información. La información que se genere en el proceso de acreditación se sujetará a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que adelanten el proceso de acreditación.

Integralidad. La acreditación solo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación (11)**.**

2.4 Proceso de Acreditación

El Ministerio de salud y Protección Social con el interés de facilitar el acceso a la información y la comprensión del SUA, publico en su página web un ABC sobre el tema donde se explica de manera sencilla y clara lo que conlleva el proceso de acreditación, los requisitos que deben cumplir las entidades acreditadoras y el paso a paso que debe hacer una entidad que quiera acreditarse, a continuación, se muestran algunos apartes de dicho documento:

El foco de la mejora en el Sistema Único de Acreditación en salud, son todos los colombianos usuarios de los servicios de salud, así como su familia, quienes recibirán una atención de alta calidad, segura y pertinente. Ahora bien, otros beneficiarios son las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS públicas y privadas, las Entidades Promotoras de Salud EPS, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales ARL y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional IPSO, quienes encontrarán en los estándares de acreditación un reto para la mejora continua de la calidad en la atención en salud.
El país en su conjunto se beneficia porque con servicios de salud de calidad obtienen un posicionamiento a nivel internacional y fortalece la exportación de servicios de salud.

Los pasos que debe seguir una entidad para la primera evaluación como preparación para la acreditación son: primero debe consultar en el Registro Especial de Acreditadores en Salud para identificar cuáles entidades acreditadoras se encuentran inscritas y por lo tanto autorizadas a operar como acreditadores en salud en Colombia y proceder a seleccionar con cuál entidad acreditadora elige iniciar su proceso de preparación para la acreditación. Luego de seleccionar la entidad acreditadora, deberá consultar en el Registro Especial de Acreditadores en Salud los procedimientos para el ciclo de acreditación que ha establecido la entidad acreditadora seleccionada con el fin de conocerlos y adoptarlos. También debe identificar cuáles manuales de estándares acogió la entidad acreditadora seleccionada y elegir el que le corresponde, de acuerdo con la naturaleza de su entidad y así iniciar el proceso de autoevaluación. Cuando ya se encuentre en una etapa avanzada de cumplimiento de los estándares de acreditación y desee recibir evaluación externa por la entidad acreditadora seleccionada, le presentará el informe de postulación de acuerdo

con los requisitos establecidos por la entidad acreditadora y formalizarán el contrato para que se adelante la evaluación externa y prosigan los subsiguientes pasos del proceso (24).

Actualmente en el país la única entidad acreditadora es el ICONTEC, inscrita en el registro especial de acreditadores en salud, mediante la resolución 2427 de 2014 (25). Sin embargo, el decreto 903 de 2014, abre la posibilidad para que otras entidades que cumplan con los siguientes requisitos puedan ejercer como entes acreditadores:

Estar acreditada por la International SocietyforQuality in Healthcare – ISQUA, para lo cual, aportarán fotocopia de la certificación que les haya expedido dicha entidad, en la que se verifique la vigencia del término de la acreditación.
Contar con experiencia mínima de cinco (5) años en la acreditación de entidades del sector salud en Colombia, para lo cual, aportarán certificación expedida por las entidades del referido sector, en las que se evidencien los procesos desarrollados para el logro de la acreditación y el término de duración de los mismos (11).

La acreditación en salud comprende varios manuales de estándares adoptados mediante la resolución 0123 de 2012 (10), los cuales son la guía para las entidades que buscan acreditarse, estos manuales son:

- Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB.
- Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación.
- Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.

Es del interés de este estudio conocer cuáles son los estándares del Manual de acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario (26) que sería el que deben adoptar las IPS que quieran acreditarse. Estos estándares se basan en un enfoque sistémico, con una atención en salud centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo. Incluye tres secciones:

- Estándares del proceso de atención al cliente asistencial, los cuales se componen de 11 subgrupos que son: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento, y contra referencia. Finaliza con el subgrupo Sedes Integradas en Red, el cual incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de

calidad superior propuesta por la acreditación en salud. Esta sección está conformada por los estándares del 1 al 74.

- Estándares de apoyo administrativo y gerencial que se componen de 6 grupos:
    - Direccionamiento: es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización. Va del estándar 75 al 87.
    - Gerencia: es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución. Va del estándar 88 al 102.
    - Gerencia del Talento Humano: se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo. Va del estándar 103 al 118.
    - Ambiente Físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales. Va del estándar 119 al 129.
    - Gestión de Tecnología: se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización. Va del estándar 130 al 139.
    - Gerencia de la Información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización. Va del estándar 140 al 153.

- Estándares de mejoramiento de la calidad que son cinco, aplican a todos los procesos evaluados tanto en los estándares asistenciales como en los de apoyo. Va del estándar 154 al 158.

La evaluación del desempeño organizacional para el otorgamiento de la acreditación se hace en función del estándar. Algunos estándares incluyen unos criterios, los cuales hacen referencia a condiciones particulares que deben ser consideradas por la organización para considerar que cumple con lo requerido de acuerdo con la intencionalidad de cada estándar (26).
La evaluación de los estándares se hace de acuerdo a las siguientes características:

- Evaluación orientada a resultados centrados en el paciente/cliente: evidencia la medida en que la institución los obtiene a través de su desempeño, centrándose en los procesos o estructuras con alta correlación con el resultado.

- Evidencia del comportamiento de elementos medibles: la metodología de evaluación tiene el propósito de buscar y calificar el cumplimiento de los estándares, mediante la evidencia del comportamiento de elementos medibles.
- El evaluador se debe concentrar en el “qué”, dejando el “cómo” a las instituciones: la metodología evalúa en las instituciones la manera como han implementado sus procesos para el cumplimiento de los estándares, respetando su autonomía para elegir la manera más adecuada según sus condiciones específicas.
- Seguimiento a pacientes trazadores: el método principal para la búsqueda de la evidencia es la metodología basada en el seguimiento a pacientes trazadores, a través de la cual se evalúa el ciclo de atención de un usuario en los servicios de salud y el desempeño organizacional, que debe ocupar la mayor parte del tiempo de evaluación o autoevaluación. En el tiempo restante, se pueden continuar empleando las técnicas de verificación actuales: reunión con los equipos, revisión de la documentación, recorrido por las instalaciones y entrevista con usuarios y colaboradores(26).

2.5 Ejes trazadores en el Sistema Único de Acreditación

- Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades.
- Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.
- Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos.
- Gestión de la tecnología, cuya meta es lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.
- Proceso de transformación cultural permanente, cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.
- Responsabilidad social, cuya meta es lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y de la sociedad en general (27).

2.6 Contexto Normativo

Entre las normas que regulan el proceso de acreditación en salud y que ya se han estado mencionando a lo largo del documento son:

- Ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece:

  Art.186. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su

  Art. 227. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.
- Decreto 903 de 2014: Por medio del cual se dictan disposiciones con relación al sistema único de acreditación. Modifico el decreto 1011 de 2006 en todo lo relacionado con el sistema único de acreditación en sus artículos 41, 42, 43 y 44.
- Resolución 1445 de 2006, Anexo técnico. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Define los lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. La resolución fue derogada por la resolución 2082 de 2014 salvo su anexo técnico.
- Resolución 0123 de 2012, Anexo técnico: por medio de la cual se adoptan los manuales de estándares de acreditación. Modifica el artículo 2° de la resolución 1445 de 2006. Derogada por la resolución 2082 de 2014 salvo su anexo técnico
- Resolución 2082 de 2014: tiene por objeto dictar disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en salud.
- Resolución 2427 de 2014: por medio de la cual se inscribe al ICONTEC en el registro especial de acreditadores en salud.

2.7 Contexto internacional

La evaluación de la calidad se viene dando desde hace muchísimos años a nivel mundial, pero es principalmente en el siglo XX donde alcanza la importancia que tiene actualmente.

Como lo dice Otero (28) la Acreditación en Salud reconoce como antecedentes, dos experiencias prácticamente simultáneas: por un lado el *Informe Flexner* y por el otro los trabajos de Ernest A Codman. En 1910, Abraham Flexner publica su famoso Informe, en el que demuestra que la educación médica que se ofrecía en esos tiempos en Canadá y los Estados Unidos, distaba de ser lo esperado. En dicho informe estableció unos postulados o recomendaciones que debían cumplir las escuelas de medicina, con lo que logro mejorar notablemente el nivel de la profesión en los países analizados y alcanzaron tal reconocimiento que su espíritu persiste hasta la actualidad.

Casi simultáneamente con la aparición del Informe Flexner, Ernest Emory Codman (1869 – 1940), cirujano egresado de la Harvard School of Medicine y cirujano del Massachussets General Hospital, disgustado con los malos resultados obtenidos en los pacientes quirúrgicos, propuso la adopción de una serie de normas que denominó *Sistema de Resultados Finales para la Estandarización Hospitalaria* fundó el *American College of Surgeons (ACS)* y su Programa de Estandarización Hospitalaria, (piedra fundacional de la Acreditación Hospitalaria) que con el correr de los años se transformó en la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, actualmente llamada *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO).

Surgeons (ACS) emite en 1919 el primer estándar de Acreditación Hospitalaria ("*Minimum Standard*"), cuyo contenido se resume en cinco criterios de calidad. De los 692 hospitales evaluados con este *Minimum Standard* en la primera experiencia, llevada a cabo por J. G. Bowman (Director del ACS), sólo 89 (12,9%) alcanzaron resultados aceptables.

La ya mencionada *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* fue creada en 1951 por el ACS mancomunadamente con el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales, la Asociación Médica Americana y la Asociación Médica Canadiense. En 1959 los canadienses se separan y forman, entre la Asociación Canadiense de Hospitales (actualmente Asociación Canadiense de Atención Médica) la Asociación Médica Canadiense, el Real Colegio de Médicos y Cirujanos y la Asociación de Médicos de Lengua Francesa de Canadá la Comisión Canadiense de Acreditación Hospitalaria. Luego de la incorporación de varias otras organizaciones y varios cambios de nombre (entre 1995 y 2008 se la conoció como Consejo Canadiense de Servicios de Acreditación en Salud -*Canadian Council of Health Services Accreditation*, CCHSA-), la

Comisión es conocida desde 2008 como *Accreditation Canada*. A partir de allí, la Acreditación se difunde rápidamente en el mundo, al punto que hoy supera los setenta el número de países que cuentan con programas activos de Acreditación (28).

Es así como entonces en los países desarrollados es donde se da inicio a lo que es la acreditación y sus aportes han sido fundamentales para lograr lo que se tiene actualmente en diversos sistemas de calidad, a continuación, se presenta con más detalle lo que cada una de estas organizaciones aportó:

En Estados Unidos en 1917 el Colegio Estadounidense de Cirujanos, recopiló el primer conjunto de estándares mínimos para Hospitales. A comienzos de los años 50 la *Joint Commision on Accreditation of Hospitals* es la entidad encargada de verificar que instituciones están realizando procesos con calidad y en Canadá es el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud (CCHSA) la entidad encargada de este proceso desde el año 1959.
En la década de los 80 los profesionales de la salud de los países desarrollados se vieron obligados a reevaluar la garantía de la calidad basada en acreditación y estándares, fue así como las organizaciones de salud en USA comenzaron a aplicar las teorías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Gestión de la Calidad Total (TQM). Se empezó a ampliar el enfoque en los hospitales desde inspecciones avanzando a promover el mejoramiento de la calidad.

En 1995 se estableció la secretaría de la *International Society for Quality in Healt Care (Isqua)* en Australia. Este organismo sin ánimo de lucro, con presencia en más de 70 países; ofrece servicios y programas de capacitación a profesionales, agencias, investigadores y personas que tengan relación con la prestación de servicios de salud, para lograr la excelencia en la atención, con calidad y seguridad. Ofrece un programa anual de conferencias para compartir los hallazgos y para aprender de las experiencias de otros (15).

Según Charles D. Shaw, quien ha mostrado el desarrollo de las organizaciones y programas de acreditación europeos, en la expansión de las entidades acreditadoras en el mundo y en Europa se evidencia claramente cómo los gobiernos han ido incrementando su participación en la que tradicionalmente, era una actividad privada y sin fines de lucro. En 2009 prácticamente el 33% de las acreditadoras mundiales eran estatales, y esta participación pública pasaba al 55% cuando se incorporan las que tienen injerencia parcial de los gobiernos. La intervención parcial del Estado en estos programas y organizaciones es de diferente índole, yendo desde el apoyo político hasta el financiamiento total o parcial de las actividades (28).

Por otro lado, en América Latina y el Caribe los procesos de calidad en salud no tienen un avance muy alentador, de acuerdo a lo publicado en la revista Panamericana de Salud Pública:

Según la información contenida en los 20 Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud disponibles en octubre de 1999, la situación de los programas de garantía de la calidad en América Latina y el Caribe no puede considerarse alentadora. En la tercera parte de dichos perfiles se examina la manera en que los procesos de reforma sectorial desarrollados por la mayoría de los países desde comienzos de la pasada década han impulsado mecanismos de acreditación para establecimientos y servicios, de mejoramiento de la calidad (en sus aspectos técnicos y según la percepción de los usuarios), y de evaluación de las tecnologías de salud, todo ello en el contexto de los *contenidos* de los programas de reforma sectorial y de sus *resultados* en términos de calidad. Se proporciona información sobre la calidad o los programas de calidad en las reformas sectoriales de 14 países, aunque en un caso la información no permite afirmar que existe una política para mejorar la calidad. Respecto a las iniciativas orientadas a fomentar la calidad técnica, el análisis de los cinco países con información buena o aceptable revela que en dos de ellos aún no parecen existir mecanismos o instancias para fomentar la calidad de los servicios y que en tres sí hay instancias encargadas y normas nacionales. Según el análisis, solamente un país dispone de pruebas concretas de que la reforma del sector de la salud puede haber contribuido a mejorar la calidad técnica, pues han mejorado por lo menos tres de los cinco indicadores seleccionados.

De 11 países que proporcionaron información sobre la acreditación de los establecimientos y servicios, solamente cuatro parecen tener sistemas de este tipo. En un caso ha habido una propuesta inicial que aún no se ha incorporado al sector de la salud y que todavía no constituye un requisito para contratar a los prestadores de servicios. En dos países aún se están analizando diferentes posibilidades; en otro, el proceso se inició, se detuvo y se relanzó recientemente, y en otros tres países la reforma del sector sanitario no ha impulsado la creación de procedimientos de acreditación o la asignación de instituciones responsables (29).

Uno de los países que viene trabajando en acreditación en salud es Chile donde la Acreditación es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria -hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios- para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud. Dicho proceso de evaluación es ejecutado por entidades acreditadoras que son sometidas a un proceso de autorización por la Superintendencia de Salud, para posteriormente ser inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras (30). En Chile existe un condicionante y es que quienes no se acrediten no podrán brindar servicios a beneficiarios del Plan AUGE, (Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas), similar a lo que en Colombia conocemos como el POS (plan obligatorio de servicios). En este sistema, es el Estado el que desarrolla los estándares a evaluar (en base a consultas con todos los interesados) y decide cuál de las acreditadoras se encargará de la tarea. Como se puede interpretar es un modelo similar al colombiano, pero llama la atención que, en Chile, de acuerdo

a lo consultado en la página web de la superintendencia de salud de ese país, existen ya 127 instituciones de salud acreditadas, y en ese país la acreditación apenas se normalizó el 19 de marzo de 2009 mediante el decreto N°18 (31).

Por otro lado, en Argentina (32), para promover y apoyar el mejoramiento continuo de la calidad a niveles superiores se cuenta con un sistema de evaluación externa, el cual es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación y evaluación externa en sus distintas modalidades. A diferencia de la habilitación categorizante los estándares de acreditación se basan fundamentalmente en los procesos, abarcan a la organización como un todo, su contenido está dirigido al proceso de atención de los usuarios y representan la garantía de calidad en la atención de los mismos.

Entre las principales modalidades de evaluación externa, se encuentran: la acreditación, la certificación con normas ISO, el Premio Nacional a la Calidad, y la evaluación de servicios especializados por sociedades científicas.

El papel del Estado es netamente regulador, las entidades autorizadas como acreditadoras son entidades privadas, encargadas de establecer los estándares de calidad cumpliendo unos mínimos que exige el ministerio de salud, éstas podrán tener estándares máximos, pero no inferiores a los mínimos establecidos por el estado.

La acreditación de servicios y establecimientos de salud es un proceso de evaluación externa de los establecimientos de salud, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de la asistencia integral a través de padrones previamente aceptados, que posee las siguientes características:
- Se encuentra enfocado a fomentar el mejoramiento continuo de la calidad
- Evalúa a la organización de manera integral
- Aplica estándares óptimos y factibles, que se replantean periódicamente
- Utiliza estándares de estructura, procesos y resultados
- Presupone la evaluación de la estructura, de los procesos y resultados, y el establecimiento será acreditado cuando la disposición y organización de los recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final es una asistencia a la salud de calidad.

Por otro lado en Perú (33,34), el estado es el encargado directamente de definir los estándares de acreditación y de otorgar mediante resolución ministerial o resolución ejecutiva regional, la constancia de acreditación. En algunos aspectos es similar al modelo colombiano, también incluye autoevaluación y evaluación externa como en Argentina, pero difiere en algunos aspectos como en que para el primer nivel de atención el proceso de acreditación comprende una microred, mientras que para los privados y otros públicos el proceso de acreditación comprende a un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Los

evaluadores deben estar certificados y son sujetos de acciones de vigilancia y control por la autoridad sanitaria competente.

El listado de los estándares de acreditación definidos por el ministerio de salud es el único instrumento utilizado por los evaluadores, e incluyen los elementos relacionados con la calidad en cuanto a estructura, proceso y resultado que deben cumplir las instituciones para acreditarse. Los estándares tienen un alcance integral del establecimiento y tienen como eje central el mejoramiento continuo y un enfoque en el usuario.

Dichos estándares, como los de Argentina tiene una revisión cada tres años.
La autoevaluación debe hacerse mínimo una vez al año y la evaluación externa es un proceso voluntario y debe ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.

Para lograr la acreditación un establecimiento debe lograr el 85% o más de cumplimiento de los estándares de acreditación, no existen otros rangos como en el modelo colombiano que contempla: no acreditado, acreditado condicionado, acreditado o acreditado con excelencia (35), en Perú solo existe acreditado o no acreditado.

En cuanto a los Incentivos, se tiene establecido un reconocimiento público e intercambio de servicios de salud mediante convenios entre las instituciones públicas, tarifas con incentivos por parte de las financiadoras de prestaciones de salud.

Revisado el anexo 3 sobre el listado de estándares de acreditación se observa que contiene aspectos similares a lo que en Colombia pide la norma de habilitación como estándares mínimos.

En la tabla 1, se presenta un cuadro resumen con algunos modelos de sistemas de acreditación en el mundo:

TABLA 1. MODELOS DE ACREDITACIÓN MUNDIAL

Región/modelo	Organismos evaluadores	Estándares	Metodología	Observaciones
Modelo Europeo (EFQM) Fundación europea para la gestión de la calidad (36,37)	Por tratarse de una autoevaluación, se puede hacer con personal líder de la organización que conozca el modelo. Se puede realizar el proceso de autoevaluación con o sin apoyo externo.	Consta de 9 criterios de evaluación, 5 denominados agentes (liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos y procesos) y 4 denominados resultados (resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave)	Se basa en la autoevaluación, donde se comparan los componentes de la organización con los componentes del modelo. No es un modelo de certificación ni tampoco de acreditación. Los criterios agentes indican cómo debería actuar un centro en el que esté implantado un sistema de gestión de calidad total, y los criterios resultados reflejan lo que el centro está logrando.	Como elemento diagnóstico, la autoevaluación mediante el modelo EFQM en sí misma no es una mejora, ya que no supone una actuación de mejora en las diferentes debilidades encontradas en una organización, por lo que se hace necesario completar el trabajo realizado, mediante la definición e implantación de planes de mejora.
Cataluña (38)	Departamento de Sanidad y Seguridad Social y la Dirección General de Recursos Sanitarios. Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación	Para su redacción y adaptación al entorno se disponía de la experiencia de evaluación de los hospitales de agudos en dos procesos anteriores. Estándares básicos que permitieran otorgar una acreditación general al hospital. Los	Es similar a los programas clásicos (USA y Canadá). La valoración de los centros hospitalarios se realiza a través de lo que denominamos “cuestionario de acreditación”, que contiene un cuestionario general con 27 unidades y un cuestionario específico con 2 unidades. Así, el total de unidades evaluadas son 29. Cada una de las unidades tiene asignada un número de	Están integrados en la red pública, adaptadas al entorno y de fácil comprensión y obligatorio para la contratación de servicios públicos.

		estándares evalúan en un 58% los aspectos sanitarios, el 28% corresponde a la estructura física, un 8% a la seguridad del edificio desde el punto de vista de industria y un 6% de los estándares del modelo evalúan la seguridad contra-incendios de los hospitales	puntos (criterios), necesarios para la evaluación de los aspectos que contemplan los estándares de acreditación y así poder evaluar el nivel general básico de la norma. El total de criterios evaluados puede ser de 745 por hospital	
Estados Unidos (39)	Varios organismos efectúan evaluación de calidad y acreditación de prestadores; todas ellas entidades privadas. La más conocida por ser la pionera en este tema y además porque tiene una división encargada de la acreditación internacional, es la "*Joint Commission*" (Comisión Conjunta). (JCAHO) es	Utiliza estándares hospitalarios consensuados y uniformes que marcan expectativas alcanzables de estructuras, procesos y resultados. Se estructuran los estándares con sus respectivos indicadores, agregando además el fundamento del porqué un determinado estándar es importante, los aspectos en que	Desde el punto de vista metodológico, se hace mucho énfasis en la preparación previa del establecimiento para el proceso, lo que es en sí un aporte a la calidad: se seleccionan los materiales que serán pedidos, las respuestas a las consultas y todo aquello que permita que un determinado aspecto sea objetivamente evaluado.	El proceso de acreditación se acomoda y rediseña en forma tal de respetar la legislación y cultura del país en que se realiza.

	un órgano independiente con reagrupamiento de profesionales de cuidados sanitarios.	influye, etc., de forma tal de permitir al evaluado una visión muy cercana de la importancia del aspecto en cuestión que está siendo evaluado		
Canadá (39)	El Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios Sanitarios (CCHSA) "*Canadian Council On Health Services Accreditation*".	Los estándares utilizados son estándares nacionales desarrollados a partir de la consulta con profesionales de salud de múltiples ámbitos a lo largo del país.	El proceso se divide en dos partes: **1.Auto evaluación**: la acreditación es una comparación detallada de los servicios de una organización y su forma de operar en relación a estándares nacionales. En esta primera etapa la organización interesada mide el grado de cumplimiento en estos estándares, especialmente en áreas que luego serán examinadas durante la segunda etapa, referidos a **cuidados del paciente y la entrega de los cuidados, prácticas en el manejo de la información, recursos humanos y su gestión, la dirección de la organización y el manejo del entorno**. **2.Revisión de pares** (evaluación externa): esto se refiere a la evaluación que realizan pares que laboran en otras instituciones y hacen el proceso de acreditación propiamente tal. Utilizan los mismos estándares nacionales para evaluar en forma independiente	La acreditación es apoyada indirectamente por el gobierno. Es decir, el gobierno proporciona, en la mayoría de los casos, los fondos para que las organizaciones sanitarias puedan participar en el programa de acreditación ya que estas organizaciones sanitarias deben pagar para poder participar. En este acuerdo el gobierno mantiene lo que se llama una cierta distancia con la acreditación. De esta manera se mantiene un distanciamiento o separación entre los que financian los servicios sanitarios (el gobierno) y los evaluadores de los servicios sanitarios (el organismo acreditador). El grupo de evaluadores es personal que trabaja en el sector salud. Son aproximadamente 375 personas en Canadá.

			sus resultados y niveles de cumplimiento. Durante su visita, estos evaluadores se entrevistan con un amplio espectro de funcionarios de la institución: directivos, médicos, personal administrativo, de recursos humanos, pacientes, familiares entre otros, con quienes comparten información y experiencias.	Los hallazgos de la evaluación son resumidos en un reporte escrito que se focaliza en las debilidades y fortalezas de la institución. Las recomendaciones se realizan para que la organización desarrolle planes para el mejoramiento de las áreas más débiles y la mantención de aquellas que son fortalezas.
Francia (40)	Colegio de Acreditación. Compuesto por profesionales de todas las categorías, procedentes tanto de centros públicos como privados	Los estándares utilizados fueron elaborados por los mismos profesionales de la salud. Los referentes utilizados se dividen en tres capítulos: la asistencia al paciente, las actividades de apoyo a dicha asistencia y la calidad y prevención. Se utilizan 89 referencias y 298 criterios	Las etapas del proceso de acreditación son: autoevaluación por un equipo multidisciplinar y visita de expertos con elaboración de informe, el centro tiene un mes para hacer observaciones al respecto. Ambos documentos se envían al Colegio de Acreditación, que se pronuncia en uno u otro sentido: "Acreditación sin Recomendación", "Recomendación" o "Reservas", y envía un informe final a la Agencia Regional de Hospitalización, encargada de redactar el acta definitiva que a su vez es publicada en la página de Internet de la Agencia y remitido al centro en cuestión.	Obligatoriedad. 95% de participación en 2001
Argentina (32)	Existen las normas estatales de regulación	Los estándares de acreditación	Modelo de evaluación de ITAES (Instituto técnico para la acreditación de	El papel del Estado es netamente regulador, las entidades

	que sustentan la fiscalización del poder de policía sanitaria, entre las que se destaca el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM). Por otro lado, las **modalidades de evaluación externa**, que son procedimientos aplicados por organizaciones no gubernamentales y realizadas por pares. Cada organización tiene su modelo de evaluación.	se basan fundamentalmente en los procesos, abarcan a la organización como un todo, su contenido está dirigido al proceso de atención de los usuarios y representan la garantía de calidad en la atención de los mismos.	instituciones de salud): **Las alternativas de Dictamen son:** ***Acreditación Plena*** (por 3 años), ***Acreditación Transitoria*** (por 1 año) ***No Acreditado***, Los programas principales son: Acreditación para Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación y la Acreditación para Establecimientos Ambulatorios. El resultado de la evaluación se comunica una vez verificado en terreno el nivel de cumplimiento de los estándares, por lo que el establecimiento recibe el Certificado de Acreditación del ITAES para ser exhibido públicamente ante pacientes, profesionales, instituciones, medios periodísticos o publicaciones	autorizadas como acreditadoras son entidades privadas, encargadas de establecer los estándares de calidad cumpliendo unos mínimos que exige el ministerio de salud, éstas podrán tener estándares máximos, pero no inferiores a los mínimos establecidos por el estado.
Perú (33,34)	El estado es el encargado directamente de definir los estándares de acreditación y de otorgar mediante resolución ministerial o resolución ejecutiva regional, la constancia de acreditación	El listado de los estándares de acreditación definidos por el ministerio de salud es el único instrumento utilizado por los evaluadores, e incluyen los elementos relacionados con la calidad	Tiene una revisión cada tres años. La autoevaluación debe hacerse mínimo una vez al año y la evaluación externa es un proceso voluntario y debe ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria. Para lograr la	En cuanto a los Incentivos, se tiene establecido un reconocimiento público e intercambio de servicios de salud mediante convenios entre las instituciones públicas, tarifas con incentivos por parte de las financiadoras de prestaciones de salud.

		en cuanto a estructura, proceso y resultado que deben cumplir las instituciones para acreditarse. Los estándares tienen un alcance integral del establecimiento y tienen como eje central el mejoramiento continuo y un enfoque en el usuario.	acreditación un establecimiento debe lograr el 85% o más de cumplimiento de los estándares de acreditación, solo existe acreditado o no acreditado	
Chile (30,31)	Proceso de evaluación es ejecutado por Entidades Acreditadoras que son sometidas a un proceso de autorización por la Superintendencia de Salud, para posteriormente ser inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras	Estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud, en base a consultas con todos los interesados.	La evaluación es realizada por pares externos. Comprende dos grandes etapas: 1. Etapa de Planificación e Implementación de la Calidad 2. Etapa del Proceso de Acreditación Esta etapa consta a su vez de 3 sub etapas: 1. Solicitud de Acreditación 2. Evaluación en terreno 3. Resolución del proceso: en esta finalmente la Unidad de Fiscalización en Calidad y/o Unidad de Fiscalización del ISP, elabora su respectivo informe adjuntando los antecedentes para la elaboración de la Resolución Exenta que da por Acreditado,	Tienen unos plazos establecidos para la exigencia de la acreditación que van hasta el 2019. Quienes no se acrediten no podrán brindar servicios a beneficiarios del Plan AUGE (Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas).

			Acreditado con Observaciones o No Acreditado al Prestador.	
Colombia (25,26)	ICONTEC	Estándares definidos por el Estado, a través del SUA. Son 158 estándares reunidos en 17 grupos y 3 secciones	Autoevaluación. Informe de postulación de acuerdo con los requisitos establecidos por la entidad acreditadora, formalizarán el contrato para que se adelante la evaluación externa, visita de evaluación externa, dictamen: no acreditado, acreditado condicionado, acreditado o acreditado con excelencia. La evaluación del desempeño organizacional para el otorgamiento de la acreditación se hace en función del estándar.	Implementación voluntaria y periódica. Se da por 4 años.

En la Comunidad Europea se pone en marcha un programa de evaluación del uso de la revisión externa por pares, para identificar los diferentes modelos utilizados en Europa. (con financiación de la Unión Europea), es el programa ExPeRT donde participan profesionales de distintos países. Se analizaron 17 países y se observó como el modelo JCAHO estaba muy desarrollado en el 80% de las naciones participantes en el ExPeRT, Bélgica, Italia, España, Francia y Reino Unido eran los de más implantación. ISO era utilizado en el 88% de los países del estudio, destacando Alemania, Francia, Holanda, Reino Unido. El modelo EFQM, con menos impacto, pero importante progresión, era utilizado en el 65% de los países del estudio, destacando Países Nórdicos, Holanda, Reino Unido, alguna experiencia en el País Vasco (que se han ido concretando).

Simplificando se podría decir que: ISO: certifica; EFQM: autoevalúa y JCAHO: acredita. Sin embargo, los tres modelos plantean criterios, los autoevalúan, hacen una evaluación externa y confirman la línea de conformidad o no en cuanto a la calidad (41).

2.8 Contexto Nacional

En Colombia se tuvo en cuenta los principios de la ISQUA, con su programa *Agenda for Leadership in Programs for Health Care Acreditation* (ALPHA), para

desarrollar un estudio que permitiera evaluar y ajustar el sistema de garantía de calidad de las EPS e IPS. Los aportes de la ISQUA sirvieron como guía para tener en cuenta por los organismos de acreditación en salud que quisieran avalar su programa a nivel mundial. Este estudio, elaborado por el centro de Gestión Hospitalaria de Colombia, el Consejo Canadiense de Acreditación en Salud y *Qualimed* de México, fue la base para el diseño del Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, normalizado por el decreto 2309 de 2002 del Ministerio de Salud(6), hoy derogado por el Decreto 1011 de 2006 (7) y este a su vez modificado por el Decreto 903 de 2014 (11).

La acreditación como un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) fue pensada para mejorar el desempeño de las organizaciones y mejorar la atención en salud.

Existen varios estudios que dan cuenta del mejoramiento de algunos indicadores financieros que podrían atribuirse a la implementación de la acreditación. Tal es el caso del estudio de Morelos J, que dice “Podemos afirmar que alcanzar la acreditación alta calidad en las entidades de salud impactó positivamente en los indicadores Margen Neto (MN) y Margen Operacional (MO)” (42).

Por otro lado, el estudio llevado a cabo por Arenas C (23), concluye que si bien algunos indicadores financieros mejoraron en las instituciones estudiadas luego de la acreditación, no se puede decir que dicha mejoría sea solo a expensas de la acreditación, y complementa “las instituciones prestadoras de servicios de salud no parecen tener información objetiva y adecuada que les permita definir conductas acerca del proceso, las actividades necesarias para lograrlo y sus resultados”.

Un adelanto importante en el sistema de acreditación colombiano y que puede marcar la diferencia con otros países latinoamericanos, es lo relacionado con los hospitales universitarios, para los cuales es obligatoria la acreditación a partir del 01 de enero de 2016, según la ley 1438 de 2011 (13). Los Hospitales Universitarios reconocidos conforme a dicha ley, tienen prioridad en la participación en los proyectos de investigación, docencia y formación continua del Talento Humano financiados con recursos estatales.

2.9 Contexto Departamental

En el Departamento de Antioquia existen hoy cuatro entidades Acreditadas, el Hospital Pablo Tobón Uribe, el Hospital General de Medellín, el Hospital del Sur de Itagüí y el Hospital San Vicente de Paul de Medellín. El Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado y La Clínica Medellín habían logrado la certificación en el año

2010 y 2011 respectivamente, pero ésta no les fue renovada y hoy no aparecen en el listado publicado en la página web del Sistema Único de Acreditación (18).

2.10 Empresas Sociales del Estado

Las Empresas Sociales del Estado-ESE (Hospitales públicos), de acuerdo al decreto 1876 de 1994, se constituyen como una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos municipales, generalmente se componen de una estructura básica que incluye: la dirección, conformada por la junta directiva y la gerencia, el área de atención al usuario encargada de todo el proceso de prestación de servicios de salud y el área de logística que incluye todos los procesos de apoyo y de gestión de los recursos humanos, físicos y financieros. En su gran mayoría cada área está a cargo de un subdirector y estos a su vez tienen jefes de área y de procesos a su cargo que lideran los equipos de trabajo (43).

Estas instituciones atraviesan actualmente por dificultades de toda índole que ponen en riesgo su sostenibilidad, tal como se puede deducir del siguiente texto:

Una de las mayores preocupaciones de los sistemas de salud en el mundo es la gerencia eficiente de los hospitales públicos, los cuales, por definición, deben cumplir una función social trascendental, ampliamente reconocida e imprescindible: garantizar el acceso de la población a los servicios de salud en condiciones de eficiencia y calidad, especialmente a los más pobres y vulnerables o a los que por situación de emergencia requieren atención, independiente de las posibilidades de pago o del tipo de seguro que posean.

Los modelos de gerencia de instituciones de salud, son complejos y la administración de este tipo de instituciones plantea retos de todo tipo. Las instituciones de salud no son ajenas a las crisis sociales y mucho menos a las que provienen del propio sector. Las condiciones actuales del flujo de recursos en el sistema de salud, los problemas tarifarios, las glosas de cuentas y el retraso en el pago de los servicios ya prestados, entre otros factores, han generado en Colombia una situación grave que afecta la estabilidad de los hospitales, el pago oportuno de salarios a trabajadores y a proveedores, y pone en riesgo la sostenibilidad y la viabilidad de los hospitales. Más grave que la problemática de sostenibilidad institucional, es el riesgo para la población que requiere de esos servicios, habida cuenta que, en muchos municipios del país, el hospital público es el único prestador presente.

Es claro que, durante mucho tiempo los hospitales, como otras instituciones públicas, han estado expuestos a las luchas de poder entre comunidades y partidos, y han sido objeto de presiones de distinto orden, incluso de grupos al margen de la ley; en especial, son objeto frecuente de presiones burocráticas y corrupción, que agravan la situación señalada y amenazan aún más la sostenibilidad. Estas situaciones suficientemente

conocidas por la opinión pública, han puesto de presente la necesidad de introducir parámetros exigentes a los directivos de estas instituciones y establecer mecanismos de administración, con base en planes y evaluaciones del cumplimiento de los mismos (44).

Uno de los más difíciles problemas que actualmente tienen los hospitales es el incremento de su cartera con las EPS. El estudio de cartera Número 34° elaborado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC, con un total de 140 Clínicas y Hospitales reportantes, registra un monto de cartera por valor de cinco billones setecientos ochenta y cinco mil millones de pesos ($ 5.8 billones aproximado); variación del 10.1 % con respecto a la deuda reportada en el semestre a diciembre de 2014. La deuda considerada en mora (60 días y más) se ubica en los $ 3.4 billones aproximados, representando el 58.4 % del total de la deuda reportada a junio de 2015, superior a la participación porcentual del semestre anterior (57.7 %).
De manera global y según las categorías de deuda presentadas en el estudio, la mayor participación en la deuda total corresponde una vez más, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo (38.0 %), seguida por las EPS-S del régimen subsidiado (32.9 %) y en tercer lugar la categoría Estado (9.3 %), la cual incluye la deuda de las Entidades Territoriales de Salud, el operador fiduciario del FOSYGA y otras entidades del estado como fuerzas militares, policía nacional, ministerios, entre otros. En síntesis, las EPS del régimen “contributivo” y “subsidiado” más la categoría “Estado” representan más del 80% del total de la deuda (4.6 billones de pesos aproximado) (45).

Según Rodríguez C, los gerentes de hospitales públicos tienen en la acreditación en salud un valioso aliado para cumplir con sus obligaciones institucionales, y ésta debe ser, más que una exigencia, una posibilidad para sacar a las instituciones de su crisis crónica, algunas razones son:

- La resolución 743 de 2013, obliga a evaluar en forma directa el proceso de autoevaluación como preparación para la acreditación, indicador número 1 de direccionamiento y gerencia.
- Las demás áreas evaluadas, especialmente la gestión clínica, se relacionan directamente con la acreditación, en razón de lo cual los avances de los gerentes en preparar su institución para la acreditación, los acercan al cumplimiento de su obligación gerencial.
- El núcleo de estándares de la acreditación en salud se orienta, de manera especial, a involucrar al personal asistencial y a la medición de resultados clínicos, aspectos contemplados en forma directa en el área de gestión clínica de la resolución.
- Muchos de los indicadores clínicos propuestos, forman parte de las exigencias de la acreditación en salud, al igual que las exigencias de guías de manejo clínico y demás aspectos contemplados en la resolución (44).

Si bien como se expuso antes, la acreditación en salud es un proceso voluntario, entendiéndose que solo la certificación es voluntaria, pues los estándares que incluye son obligatorios para los hospitales públicos (ESE), toda vez que como lo dice el decreto 1011 de 2006, “Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB” (7). Coherente con lo anterior, la calificación de la gestión de los gerentes, normada por las resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, incluyen en sus indicadores de medición el mejoramiento continuo de la calidad basado en estándares de acreditación (46,47).

En una investigación realizada en Belo Horizonte (Brasil) en el año 2009, se buscó conocer las percepciones de los profesionales de salud sobre el proceso de acreditación. Los resultados revelaron que los profesionales incorporan de modo mecánico las cuestiones referentes a la acreditación. Así, se percibe ausencia de una práctica basada en la reflexión y en la crítica. Además, la dimensión objetiva del proceso de acreditación, o sea, las esferas técnica, procesual y operacional fueron privilegiadas en detrimento de aspectos subjetivos, siendo los últimos desatendidos por los sujetos. La realización del estudio apunta a la necesidad de sensibilizar y capacitar a los profesionales involucrados en la acreditación, considerando la complejidad de este proceso y su influencia en el trabajo de los profesionales de diferentes categorías y la importancia de que sea asegurada la calidad de la asistencia (48).

Se requiere voluntad política de las partes, perseverancia, apoyo e incentivos gubernamentales, así como de las soluciones en el flujo de recursos desde los pagadores. Las experiencias, éxitos y resultados de algunas instituciones públicas acreditadas hablan en favor de que, si es posible mejorar la atención a los usuarios, estabilizar financieramente a las instituciones e incluso hacerlas rentables y sobre todo distanciarlas de los factores que las mantienen en la crisis crónica para la que algunos creen no hay salidas posibles (44).

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar las características del personal, los conocimientos sobre acreditación, estímulos y barreras en la aplicación de estándares superiores de calidad en instituciones no acreditadas y una acreditada del primer nivel de atención del Valle de Aburra en el departamento de Antioquia en el año 2015.

3.2 Específicos

- Determinar las características personales (demográficas y laborales) de directivos, jefes de procesos y jefes de área de las instituciones participantes.

- Cuantificar el grado de conocimiento en acreditación que tiene dicho personal y el compromiso de los directivos con la acreditación según tipo de institución.

- Identificar posibles estímulos relacionados con la acreditación según tipo de institución participante.

- Precisar si la acreditación contribuye al mejoramiento de la satisfacción y la percepción de calidad por parte de los usuarios en las instituciones participantes

- Identificar posibles barreras que tiene el personal seleccionado para aplicar los estándares de acreditación.

- Determinar cuáles son los factores que más explican las diferencias entre las instituciones no acreditadas y la institución acreditada.

4. Metodología

4.1 Enfoque Metodológico de la Investigación

Esta investigación se abordó desde un enfoque cuantitativo, dado que, a través de la estadística y herramientas de análisis de datos, se hizo la exploración de las características demográficas, laborales, de los conocimientos que tiene el personal responsable de los estándares de acreditación en salud, del nivel de compromiso de los directivos de las instituciones participantes, de los incentivos y motivaciones que existen para la acreditación. Así mismo se hizo una descripción de las barreras que tiene el recurso humano para aplicar los estándares de acreditación. Con dicha información y mediante la observación y recolección de datos se realizó una descripción de lo hallado en las diferentes variables y un análisis de la relación entre ellas identificando diferencias entre el personal de la entidad acreditada y el personal de las entidades no acreditadas.

4.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con intención analítica, con fuentes primarias de información a través del personal de las entidades.
A partir de la observación y recolección de información, se describe, se mide y se analizan hechos concretos relacionados con las variables evaluadas en el personal de las instituciones participantes, caracterizando las variables con intención analítica, buscando posibles relaciones y diferencias entre la población analizada. El estudio es transversal porque las mediciones se hicieron en un momento de tiempo determinado, durante el segundo semestre del año 2015.

4.3 Población

La población de referencia fue los empleados de seis Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención del Valle de Aburra.

Se tomó el total de los hospitales (ESE) de primer nivel de atención de la subregión del Valle de Aburra, dejando una de ellas como prueba piloto. La institución que quedó como prueba piloto se definió por ser la empresa donde laboraba la persona que realizó la investigación, por eso no se incluyó en la investigación, para evitar sesgos y condicionamientos en las respuestas.

La población de estudio fueron los empleados de las áreas administrativas y asistenciales, entre los cuales se seleccionaron los directivos, jefes de procesos y jefes de área. Se define esta población de estudio teniendo en cuenta que, por ser líderes en cada una de sus áreas, son las personas que más contacto tienen con los procesos de calidad y más aún con los estándares de acreditación, son quienes más conocen el área de trabajo respectiva y quienes por su rol conviven día a día con las dificultades que se presentan. Son ellos los llamados a jalonar los procesos de calidad o quienes no permiten su avance.

La unidad de análisis fueron las personas seleccionadas de cada una de las instituciones. El criterio de inclusión fue que pertenecieran a la categoría de directivo, jefe de área o jefe de proceso, no hubo criterios de exclusión.

4.4 Diseño muestral

Se tomó el censo de la población teniendo en cuenta que son pocas personas las que pertenecen a las categorías de directivos, jefes de procesos y/o jefes de área de cada una de las ESE seleccionadas. La recolección de información para el censo se obtuvo mediante datos suministrados por las instituciones participantes en el estudio y posteriormente a través de la encuesta aplicada a los empleados.

TABLA 2. CENSO DE POBLACIÓN PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

Tipo de entidad	Directivos	Jefes de procesos/área	Total
Hospital 1	9	16	25
Hospital 2	4	16	20
Hospital 3	5	9	14
Hospital 4	3	10	13
Hospital 5	3	10	13
Hospital 6	3	9	12
Total	27	70	**97**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal de las instituciones participantes en el estudio

4.5 Descripción de las Variables

Se tomaron las variables que, de acuerdo a la revisión del tema, se consideran relevantes y predominantes en diversos textos revisados en la bibliografía.

4.5.1 Diagrama de variables

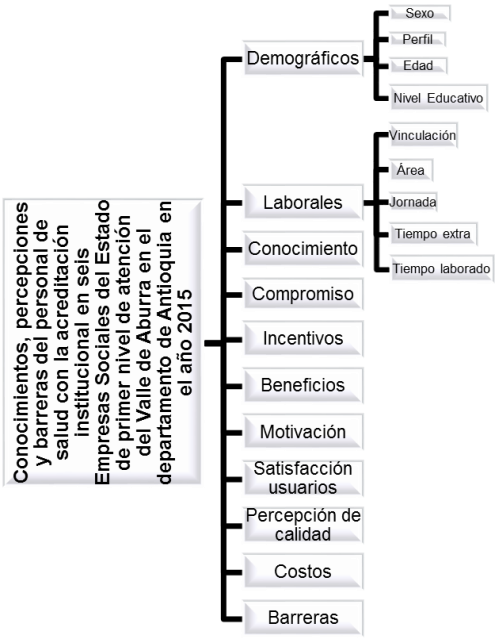


GRAFICO 1. DIAGRAMA DE VARIABLES DE CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y BARRERAS DEL PERSONAL DE SALUD CON LA ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

4.5.2 Tabla de variables:

Las variables se presentan de acuerdo a cada objetivo planteado para dar respuesta a la pregunta de investigación

TABLA 3. VARIABLES SEGÚN OBJETIVO ESPECÍFICO AL QUE RESPONDE

	Código	Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categoría/Valores
Objetivo: Determinar las características personales (demográficas y laborales) de directivos, jefes de procesos y jefes de área de las instituciones participantes.						
1.	Ed.	Edad	Tiempo que ha vivido el empleado en años	Cualitativa	Ordinal	1. 18-35 2. 36-45 3. 46-60 4. 61 y más
2.	Pf	Perfil	Nivel	Cualitativ	Nomin	1. Gerente

			jerárquico que ocupa en la institución	a	al	2. Asesor 3. Directivo 4. Jefe de proceso/área
3.	Sx	Sexo	Condición de género	Cualitativa	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
4.	N. E	Nivel educativo	Grado de escolaridad que tiene el empleado	Cualitativa	Ordinal	1. Bachiller 2.Técnico 3.Tecnólogo 4.Profesional
5.	V.L	Vinculación laboral	Se refiere al tipo de nombramiento y vinculo legal con la institución	Cualitativa	Nominal	1.Carrera administrativa 2.Provisionalidad 3.Periodo fijo 4.Libre nombramiento 5.Temporalidad 6.Contrato prestación servicios 7.Supernumerario 8.Contrato de trabajo
6.	J. L	Jornada laboral	N° de horas diarias que el empleado tiene asignadas para laborar	Cualitativa	Ordinal	1. 8 horas o menos 2. 9-11 horas 3. 12 horas o más
7.	Ex.	Tiempo extra de trabajo	Se refiere al tiempo extra que el empleado debe invertir en el cumplimiento de sus funciones	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

8.	T. L	Tiempo laborado	Es el tiempo que lleva el funcionario en la institución	Cualitativa	Ordinal	1. Menos de 1 año 2. 1-5 años 3. 6-10 años 4. Más de 10 años
Objetivo: Cuantificar el grado de conocimiento en acreditación que tiene dicho personal y el compromiso de los directivos con la acreditación según tipo de institución.						
9.	Co.	Conocimiento del empleado sobre Acreditación.	Se refiere a la información adquirida que el empleado tiene sobre acreditación sea por experiencia o aprendizaje. Evalúa aspectos que fueron tomados de la normatividad relacionada con el tema. Son 10 preguntas cerradas con una sola opción de respuesta.	Cualitativa	Nominal	1. Correcta 0. Incorrecta
10.	Cm.	Compromiso de la alta dirección con la acreditación.	Se refiere al interés y empoderamiento que tiene la gerencia	Cualitativa	Ordinal	1. Alto 2. Medio 3. Bajo

			con la acreditación. Mira el compromiso y su influencia			
Objetivo: Identificar posibles estímulos relacionados con la acreditación según tipo de institución participante.						
11.	Iv.	Incentivos.	Se refiere a la existencia de bienes y/o reconocimientos no materiales que estimulen la acreditación. Evalúa también:	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
			Tipo	Cualitativa	Nominal	1. Monetarios 2. No monetarios
			Impacto	Cualitativa	Ordinal	0. Alto 1. Mediano 2. Bajo 3. Nulo
12.	Bf.	Beneficios	Serían los aspectos a favor que podría tener la institución	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No 3. Cuales
13.	Mo.	Motivación	Se refiere a las razones tenidas en cuenta para buscar la acreditación	Cualitativa	Nominal	a. Prestigio b. Mejora en la contratación c. Disminución de acciones legales

						d. Aumento de la eficiencia e. Requisito f. Otra, cual
Objetivo: Precisar si la acreditación contribuye al mejoramiento de la satisfacción y la percepción de calidad por parte de los usuarios en las instituciones participantes						
14.	St.	Satisfacción	Se refiere al nivel de satisfacción que tienen los usuarios	Cualitativa	Ordinal	1. Nada satisfecho 2. Poco satisfecho 3. Algo satisfecho 4. Bastante satisfecho 5. Muy satisfecho
15.		Acreditación vs satisfacción	Acreditación contribuirá a la satisfacción	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
16.	Pc.	Percepción de calidad	Es la percepción de calidad que tienen los usuarios antes y después del proceso de acreditación	Cualitativa	Nominal	a. Excelente b. Buena c. Regular d. Mala e. No se mide
17.	Cs.	Costos de la acreditación	La inversión económica que debe hacer la Institución en todo el proceso de implement	Cualitativa	Ordinal	1. Altos 2. Bajos

			ación de la acreditación			
Objetivo: Identificar posibles barreras que tiene el personal seleccionado para aplicar los estándares de acreditación.						
18.	Br.	Barreras para implementar la Acreditación.	Son Aquellos factores que impiden, total o parcialmente, el cumplimiento de la acreditación. Existencia	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
			Ponderación que se da según el peso a cada una de las barreras de: actitud, motivación al cambio, insumos, recursos financieros, predominio intereses particulares, asignación de tiempo			Calificación de 1-5. Donde 1 es el de menor peso y 5 el de mayor peso
			Factores que influyen en la	Cualitativa	Ordinal	Calificación de 1-5. Donde 1 es el de menor peso y 5 el de mayor peso

			implementación de la acreditación			
			Nivel de exigencia de la norma de acreditación	Cualitativa	Nominal	a. Muy exigente b. Medianamente exigente c. No es exigente
			¿Le cambiaria algo a la norma?	Cualitativa	Nominal	Texto

4.6 Técnicas de recolección de información

Para la recolección de información se contó con fuentes de información primaria a través de los empleados seleccionados de las seis empresas sociales del estado participantes en el estudio.

Inicialmente se hizo un acercamiento con los gerentes de las seis instituciones seleccionadas con el fin de obtener su autorización para desarrollar la investigación, se llevó a cabo el censo de la población de estudio según las categorías definidas en la tabla 1 y a partir de allí se inició la recolección de la información en el instrumento diseñado para este fin, para lo cual se programaron reuniones con los grupos de personas por cada institución participe entre los meses de septiembre y noviembre de 2015, se les explicó en que consistía el estudio y el contenido del cuestionario, aclarando las dudas que hubo al respecto. Una vez recolectada la información de los cuestionarios se construyó una base de datos en el programa SPSS® versión 21 con licencia de la universidad CES, con el fin de hacer la validación estadística.

Como instrumento de recolección de información se aplicó el cuestionario elaborado para el presente estudio, donde se tuvo en cuenta las variables que, de acuerdo a la revisión sistemática del tema, se consideraron más relevantes y predominantes. El cuestionario consta de 27 preguntas divididas en tres secciones que son: aspectos demográficos, aspectos laborales y aspectos relacionados directamente con la acreditación, donde se incluye una pregunta sobre satisfacción del usuario utilizando una escala propuesta en servicios de atención primaria en centros de salud de la comunidad Gallega (49). Las preguntas sobre conocimiento se extrajeron de la normatividad relacionada con la acreditación y la

bibliografía existente y publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Con el fin de conocer el grado de conocimiento de todas las personas encuestadas se categorizó la variable tomando como conocimientos suficientes de 6 a 10 respuestas correctas y como conocimientos insuficientes 5 o menos respuestas correctas. Dicho instrumento fue sometido a revisión de expertos tales como la Dra Martha Yolanda Ruíz, consultora del Ministerio de Salud y Protección Social, asesores en calidad, líderes de calidad y gerentes de instituciones públicas no participantes en el estudio, así mismo fue aplicado en la prueba piloto con el fin de evaluar validez de apariencia y contenido en relación con el propósito para el que fue construido.

No se utilizó un instrumento que ya estuviera validado porque no se encontró en la literatura revisada uno que pudiese utilizarse en este estudio, pues si bien existen instrumentos sobre conocimientos de otros temas, no se halló uno que aplicara en conocimientos, y/o factores concernientes al personal de las instituciones y que tuvieran relación con acreditación en salud.

4.7 Prueba piloto

La prueba piloto se llevó a cabo en una ESE de primer nivel de atención que no está acreditada, y que no hace parte de las instituciones participantes del estudio. Se realizó un pre ensayo con el fin de validar el instrumento aplicándolo a los directivos y a siete jefes de área, se evaluó todo el proceso de recolección de información desde reacciones del entrevistado, tiempo de aplicación de la encuesta, que tardó un promedio de 30 minutos, comprensión del instrumento y claridad de las preguntas, con el fin de evaluar la validez de apariencia y contenido de dicho instrumento.

4.8 Control de sesgos

Los sesgos de selección se evitaron al tomar un censo de los empleados de las categorías directiva, jefes de área y jefes de procesos, incluyéndolos a todos.
Vale la pena aclarar que la institución en la cual labora la responsable de la investigación no fue incluida en el estudio, se dejó como prueba piloto, esto con el fin de evitar sesgos y condicionamientos en las respuestas.

Los sesgos de información se evitaron orientando el cuestionario de manera personal por el encuestador, con una explicación clara al comienzo a todos los participantes y con disposición de resolver dudas, así mismo se tuvo en cuenta en el cuestionario la aclaración de definiciones cuando fue necesario.

4.9 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

TABLA 4. ANÁLISIS DE DATOS DE CADA VARIABLE Y FORMA DE REPRESENTACIÓN

N°	Código	Nombre	Definición	Naturaleza	Análisis de datos	Representación
Objetivo: Determinar las características personales (demográficas y laborales) de directivos, jefes de procesos y jefes de área de las instituciones participantes.						
1.	Ed.	Edad	Tiempo que ha vivido el empleado en años	Cualitativa	Tabla de frecuencia	Barras comparativas
2.	Pf	Perfil	Nivel jerárquico que ocupa en la institución	Cualitativa	Tabla de frecuencia	Barras comparativas
3.	Sx	Sexo	Condición de género	Cualitativa	Tabla de frecuencia	Gráfico de Pie
4.	N. E	Nivel educativo	Grado de escolaridad que tiene el empleado	Cualitativa	Tabla de frecuencia	Barras comparativas
5.	V.L	Vinculación laboral	Se refiere al tipo de nombramiento y vinculo legal con la institución	Cualitativa	Tabla de frecuencia.	Barras comparativas
6.	J. L	Jornada laboral	N° de horas diarias que el empleado tiene asignadas para laborar	Cualitativa	Tabla de frecuencia	Gráficos de Pie
7.	Ex.	Tiempo extra de trabajo	Se refiere al tiempo extra que el empleado debe invertir en el cumplimient	Cualitativa	Tabla de frecuencia.	Gráficos de Pie

			o de sus funciones			
8.	T. L	Tiempo laborado	Es el tiempo que lleva el funcionario en la institución	Cualitativa	Tabla de frecuencia	Gráfico de barras
Objetivo: Cuantificar el grado de conocimiento en acreditación que tiene dicho personal y el compromiso de los directivos con la acreditación según tipo de institución.						
9	Co.	Conocimiento del empleado sobre Acreditación.	Se refiere a la información adquirida que el empleado tiene sobre acreditación sea por experiencia o aprendizaje. Evalúa aspectos que fueron tomados de la normatividad relacionada con el tema. Son 10 preguntas cerradas con una sola opción de respuesta.	Cualitativa	Tablas de frecuencia, tablas de contingencia, chi^2.	Gráficos de Pie, barras comparativas
10	Cm.	Compromiso de la alta dirección con la acreditaci	Se refiere al interés y empoderamiento que tiene la gerencia	Cualitativa	Tablas de frecuencia, tablas de contingencia, chi^2.	Barras comparativas

		ón.	con la acreditación. Mira el compromiso y su influencia			
Objetivo: Identificar posibles estímulos relacionados con la acreditación según tipo de institución participante.						
11.	Iv.	Incentivos.	Se refiere a la existencia de bienes y/o reconocimientos no materiales que estimulen la acreditación. Evalúa también: Tipo Impacto	Cualitativa	Tablas de frecuencia, tablas de contingencia, chi^2	Barras comparativas
12	Bf.	Beneficios	Serían los aspectos a favor que podría tener la institución	Cualitativa	Tablas de frecuencia, tablas de contingencia, chi^2	Barras comparativas
13	Mo.	Motivación	Se refiere a las razones tenidas en cuenta para buscar la acreditación	Cualitativa	Tablas de frecuencia, tablas de contingencia, chi^2	Barras comparativas
Objetivo: Precisar si la acreditación contribuye al mejoramiento de la satisfacción y la percepción de calidad por parte de los usuarios en las instituciones participantes						
14	St.	Satisfacción	Se refiere al nivel de satisfacción que tienen los usuarios	Cualitativa	Tablas de frecuencia, tablas de contingencia, chi^2.	Barras comparativas

15.	AyS	Acreditación vs satisfacción	Acreditación contribuirá a la satisfacción	Cualitativa	Tablas de contingencia	Cuadros
16	Pc.	Percepción de calidad	Es la percepción de calidad que tienen los usuarios antes y después del proceso de acreditación	Cualitativa	Tablas de frecuencia, tablas de contingencia, chi^2	Barras comparativas
17	Cs.	Costos de la acreditación	La inversión económica que debe hacer la Institución en todo el proceso de implementación de la acreditación	Cualitativa	Tablas de frecuencia	Gráficos de Pie
Objetivo: Identificar posibles barreras que tiene el personal seleccionado para aplicar los estándares de acreditación.						
18.	Br.	Barreras para implementar la Acreditación.	Son Aquellos factores que impiden, total o parcialmente, el cumplimiento de la acreditación. Existencia	Cualitativa	Tablas de frecuencia, tablas de contingencia, chi^2.	Barras comparativas
			Ponderación que se da según el peso a cada una de las			

			barreras de: actitud, motivación al cambio, insumos, recursos financieros, intereses particulares, asignación de tiempo			
			Factores que influyen en la implementación de la acreditación	Cualitativa	Tablas de frecuencia	Cuadros
			Nivel de exigencia de la norma de acreditación	Cualitativa	Tablas de frecuencia, tablas de contingencia, chi^2.	Barras comparativas

La lectura de los datos del cuestionario se hizo utilizando el sistema Teleform®. Para el análisis de las variables cualitativas se utilizaron tablas de frecuencias y tablas de contingencia. La fiabilidad del instrumento se estimó mediante el alfa de *Cronbach*. La asociación se hizo mediante chi cuadrado. Se realizó un análisis univariado, para las variables demográficas y laborales. Un análisis bivariado y multivariado para establecer relaciones significativas entre la variable dependiente y las variables independientes.

El análisis de datos se hizo en el programa SPSS® versión 21, con licencia de la universidad CES. Para la representación de los datos se utilizaron gráficos de pie o barras y tablas.

5.Consideraciones Éticas

Por tratarse de datos recolectados por medio de un cuestionario, la investigación realizada en las seis empresas sociales del estado participantes se clasifica, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (50), como una investigación sin riesgo, pues no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Se contó con las autorizaciones por escrito de los representantes legales de las instituciones participantes para desarrollar la investigación, quienes tuvieron pleno conocimiento del tipo de estudio que se llevó a cabo y los objetivos que buscaba. Adicionalmente, a cada empleado que participo de forma voluntaria en el estudio, se le hizo consentimiento informado verbal, en el cual se explica el pacto de confidencialidad. Las respuestas al cuestionario fueron codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, son anónimas.

El estudio no se realizó en grupos subordinados garantizando la libre elección de los participantes.

6. Resultados

6.1 Características demográficas y laborales del personal directivo, de los jefes de procesos y/o de los jefes de área.

De los 97 empleados encuestados, 25 de ellos pertenecían a la institución acreditada, los 72 restantes a instituciones no acreditadas.
Como puede observarse, la mayor participación corresponde al Hospital número 1, el cual está acreditado, con un 25,8 %, seguida del hospital 2 con un 20,6 %, las demás instituciones con una participación semejante entre el 12 y el 14 %.

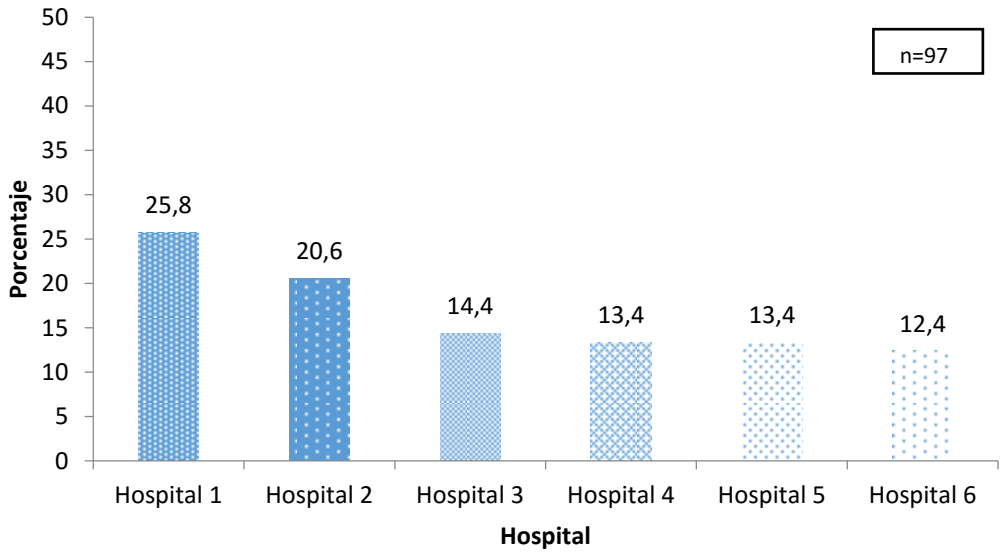


GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS EMPLEADOS SEGÚN LA INSTITUCIÓN. VALLE DE ABURRA. 2015

Del total de personas encuestadas, el 25,8 % pertenecen a la única institución acreditada y el 74,2 % a una no acreditada.

En cuanto a la distribución por sexo, el 69,1 % de la población encuestada corresponde a mujeres y el 30,9 % a hombres

De acuerdo a la edad, el mayor porcentaje de los encuestados pertenecen al rango entre 18 y 35 años con un 38,7 %, le sigue el rango de 46 a 60 años con un 31,2 %, muy cerca está el rango de 36 a 45 años con un 30,1 %

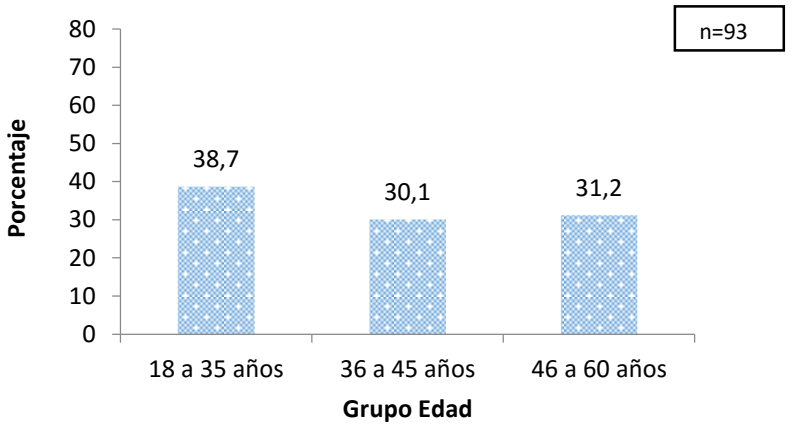


GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS EMPLEADOS SEGÚN LA EDAD. VALLE DE ABURRA. 2015

Del total de los empleados encuestados el mayor porcentaje es jefe de proceso o área con un 72,9 %, seguido del nivel directivo con un 13,5 %, del nivel asesor un 10,4 %, y del total de los Gerentes solo respondió un 3,1 %.

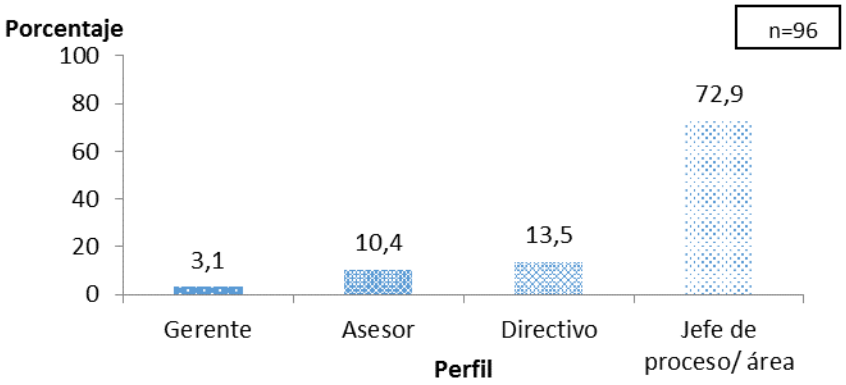


GRAFICO 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS EMPLEADOS SEGÚN SU PERFIL DENTRO DE LA INSTITUCIÓN. VALLE DE ABURRA. 2015

Según el nivel educativo, del total de los empleados encuestados, la mayoría se encuentran en el nivel profesional con un 86,8 %, y con un porcentaje más bajo el nivel técnico y tecnológico con un 6,6 % cada uno.

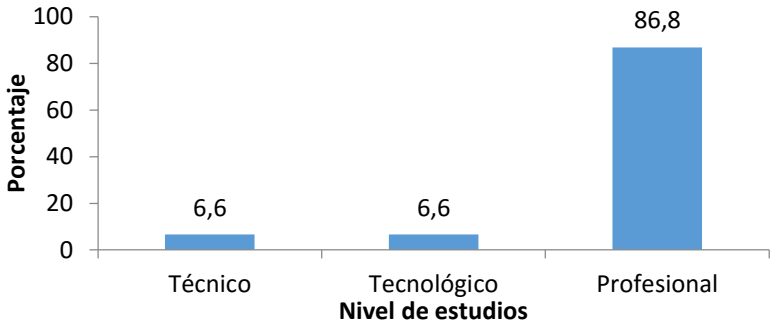


GRAFICO 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS EMPLEADOS DE ACUERDO AL NIVEL EDUCATIVO. VALLE DE ABURRA. 2015

En cuanto al tipo de vinculación laboral, los empleados están en carrera administrativa en un 26,6 % siendo el porcentaje más alto, seguido de provisionalidad con un 23,4 %, le sigue periodo fijo con un 19,1 % y libre nombramiento y remoción con un 18,1 %. Continúan otros tipos de vinculación como, temporalidad, contrato de prestación de servicios, supernumerario y contrato de trabajo, con una participación más baja, entre el 5,3 % y el 2,1 %.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS EMPLEADOS SEGÚN EL TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL. VALLE DE ABURRA. 2015

Vinculación	N	%
Carrera administrativa	25	26,6
Provisionalidad	22	23,4
Periodo fijo	18	19,1
Libre nombramiento y remoción	17	18,1
Temporalidad	5	5,3
Contrato P.S	3	3,2
Supernumerario	2	2,1
Cont. De trabajo	2	2,1
Total	94	100,0

Del total de los empleados encuestados se encontró que el 73,4 % pertenecen al área administrativa y el 26,6 % se encuentran en el área asistencial.

La mayoría de los empleados con un 63,3 %, dice que trabaja ocho horas diarias o menos, el 23,3 % informa que labora de 9 a 11 horas diarias y en un porcentaje inferior, 13,3 %, manifiestan que laboran 12 horas o más.

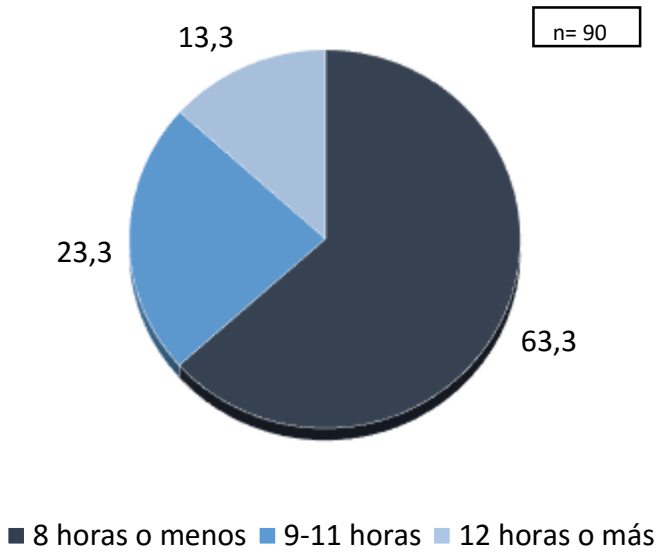


GRAFICO 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS EMP,EADOS SEGÚN HORAS DE TRABAJO DIARIAS

El 60,6 % de los empleados encuestados considera que debe trabajar tiempo extra para cumplir con sus funciones y el 39,4 % no requiere trabajar tiempo extra.

El 51,5 % de los empleados encuestados lleva laborando en la institución entre 1 y 5 años, el 19,6 % lleva más de 10 años de trabajo, el 18,6 % está entre 6 y 10 años de trabajo y el 10,3 % lleva menos de 1 año de trabajo en la institución.

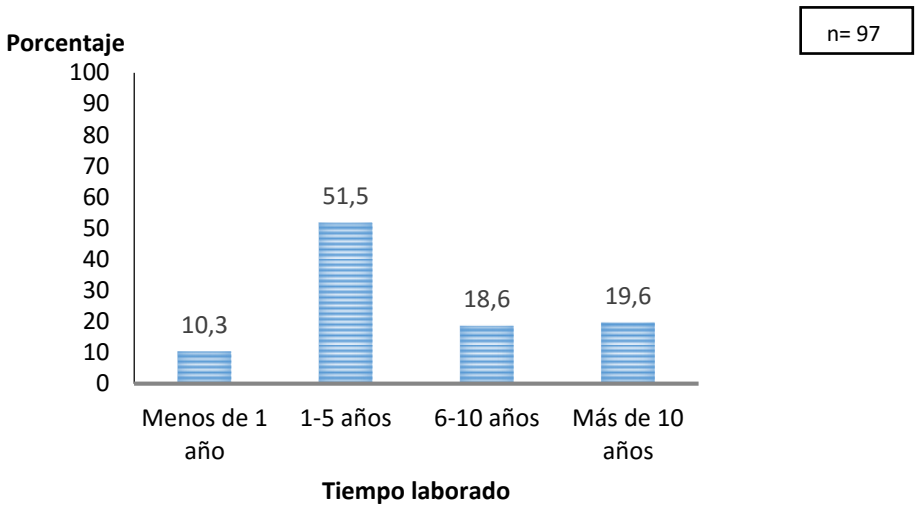


GRAFICO 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS EMPLEADOS SEGÚN EL TIEMPO LABORAL EN LA INSTITUCIÓN. VALLE DE ABURRA. 2015

6.2 Grado de conocimiento en acreditación que tiene el personal seleccionado y el compromiso de los directivos con la acreditación en salud según tipo de institución participante en el estudio.

De acuerdo a la evaluación en conocimientos se encontró que de las 10 preguntas planteadas la que mayor respuestas acertadas tuvo fue la que habla de las dimensiones de enfoque, implementación y resultado en la autoevaluación de los estándares de acreditación con un 90,7 % de respuestas correctas, seguida de la pregunta sobre requisitos mínimos obligatorios para acceder a la acreditación que obtuvo un 72,2 % de respuestas correctas, le sigue la pregunta sobre la única entidad acreditadora en el país que es el ICONTEC con un 69,1 % de respuestas correctas. Las demás preguntas obtienen respuestas correctas en menos del 60 %, siendo las preguntas con menor porcentaje de respuestas correctas: principios del SUA con un 19,6 % y normatividad relacionada con el SUA con un 16,5 %.

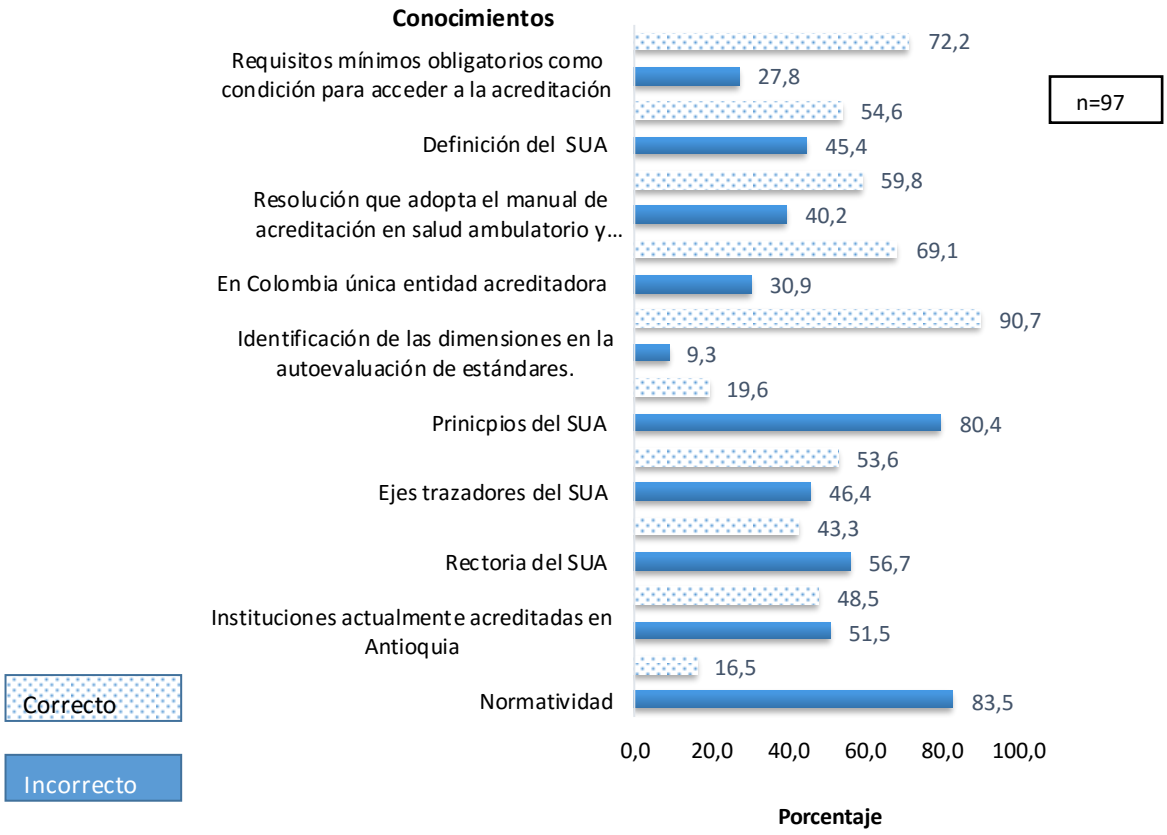


GRAFICO 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TIPO DE RESPUESTAS DE LOS EMPLEADOS EN CONOCIMIENTOS DE ACREDITACIÓN. VALLE DE ABURRA. 2015

Con el fin de conocer el grado de conocimiento de todas las personas encuestadas se categorizó la variable tomando como conocimientos suficientes de 6 a 10 respuestas correctas y como conocimientos insuficientes 5 o menos respuestas correctas, obteniendo como resultado que el 53,6 % de los empleados encuestados tiene conocimientos insuficientes sobre acreditación, mientras el 46,4 % tiene conocimientos suficientes.

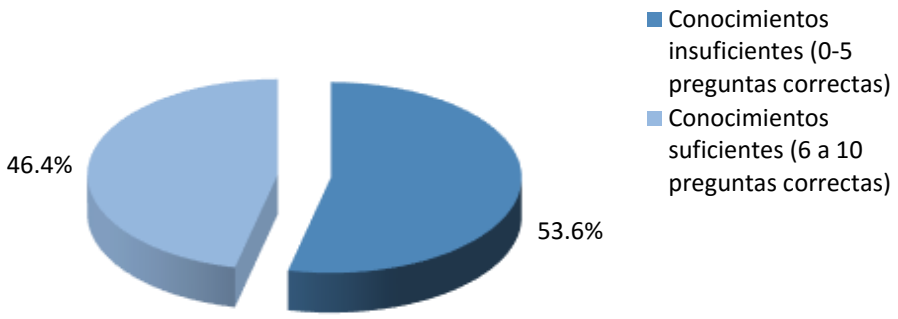


GRAFICO 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS EMPLEADOS SEGÚN EL GRADO DE CONOCIMIENTO EN ACREDITACIÓN. VALLE DE ABURRA. 2015

Según el grado de conocimiento de los empleados en una institución actualmente acreditada comparado con el grado de conocimiento en una institución que nunca ha estado acreditada, se encontró que tienen mayores conocimientos suficientes los empleados de una institución acreditada (68 %), que los empleados de una institución no acreditada quienes obtuvieron un 38,9 % de conocimientos suficientes.

Existe diferencia estadísticamente significativa en el grado de conocimiento en acreditación y el tipo de institución (acreditada o no acreditada), según la prueba Chi cuadrado (Chi cuadrado: 6,32; Valor de p: 0,01)

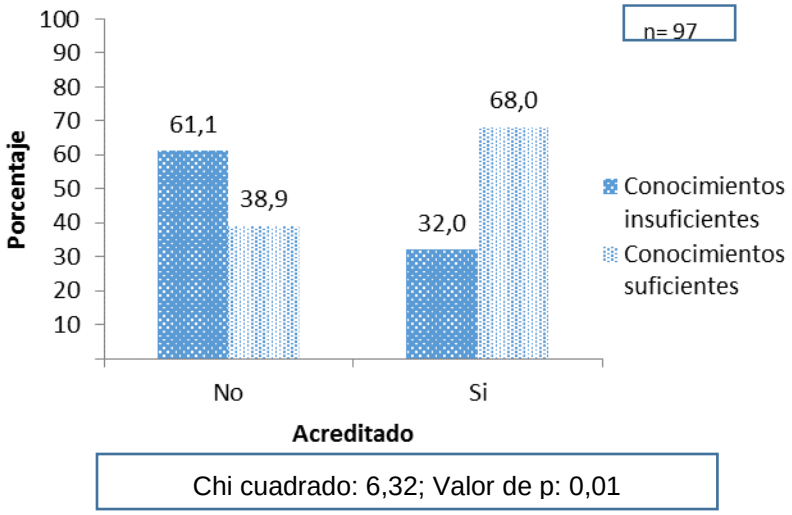


GRAFICO 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS EMPLEADOS SEGÚN EL GRADO DE CONOCIMIENTO EN ACREDITACIÓN, EN INSTITUCIONES NO ACREDITADAS Y EN UNA INSTITUCIÓN ACREDITADA. VALLE DE ABURRA. 2015

El 72 % del personal encuestado considera, que la influencia de la alta dirección con la acreditación es alta, mientras que un 16 % considera que es mediana y un 11,7 % considera que es baja. En cuanto al compromiso de la alta dirección en la preparación o mantenimiento de la acreditación, el 47,9 % de los encuestados consideran que es alto, el 31,3 % considera que es mediano y el 20,8 % considera que es bajo.

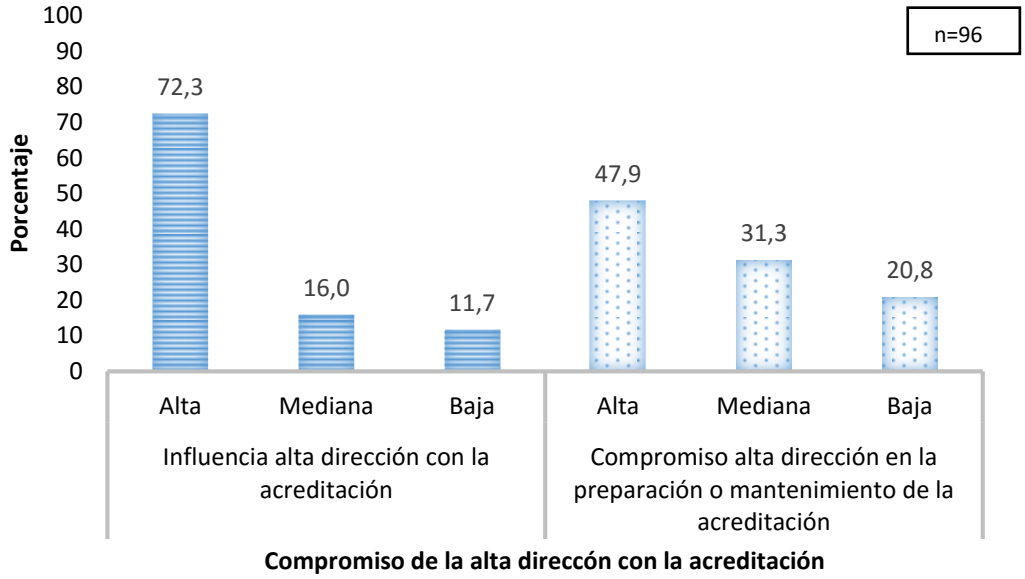
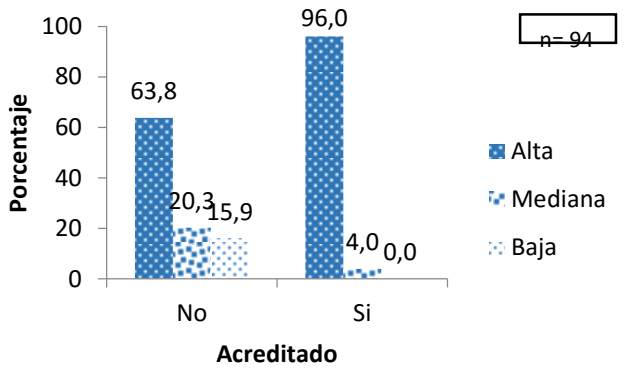


GRAFICO 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS EMPLEADOS SEGÚN LA INFLUENCIA Y EL COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN CON LA ACREDITACIÓN. VALLE DE ABURRA. 2015

La influencia del compromiso de la alta dirección con la acreditación es considerada alta por los empleados de una entidad actualmente acreditada en un 96 % de ellos, mientras que, en una institución no acreditada, los empleados la consideran alta en un 63,8 %. Así mismo, los empleados de la entidad acreditada consideran que dicha influencia es mediana en un 4 % de ellos y ninguno piensa que es baja. Mientras que los empleados de una institución no acreditada piensan que la influencia del compromiso de la alta dirección es mediana en un 20,3 % y que es baja en un 15,9 % de ellos.

Existe diferencia estadísticamente significativa en la influencia del compromiso de la alta dirección en una entidad acreditada y en una no acreditada según la prueba Chi cuadrado (Chi cuadrado: 9,67; Valor de p: 0,00)



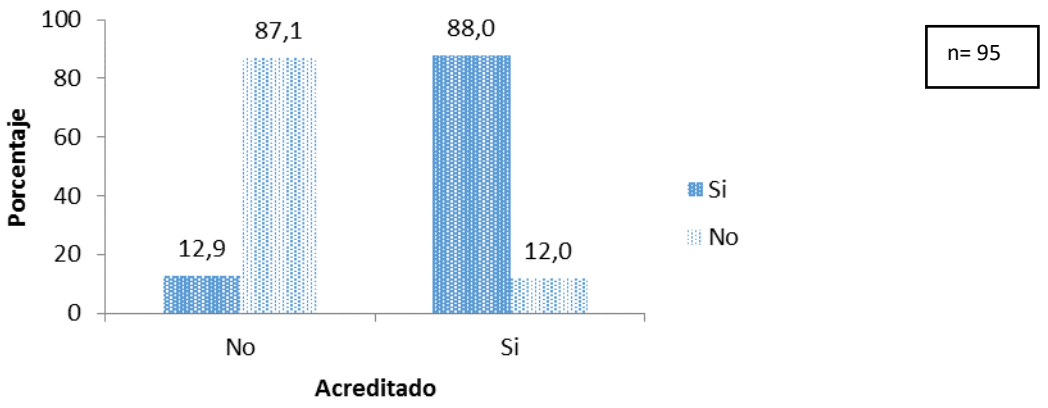
Chi cuadrado: 9,67; Valor de p: 0,00

GRAFICO 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA INFLUENCIA DEL COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN CON LA ACREDITACIÓN, EN UNA INSTITUCIÓN ACREDITADA Y EN UNA NO ACREDITADA. VALLE DE ABURRA. 2015

6.3 Incentivos, percepción de calidad, motivaciones y beneficios relacionados con la acreditación según tipo de institución participante

Según los incentivos que estimulen el trabajo en acreditación, los empleados de una entidad actualmente acreditada consideran en un 88 % que sí existen, mientras que el 12 % consideran que no existen. Contrario a esto el 87,1 % de los empleados de instituciones que no están acreditadas consideran que dichos incentivos no existen y solo un 12,9 % de ellos consideran que sí existen.

Lo anterior muestra una diferencia estadísticamente significativa entre la existencia de incentivos y el tipo de institución (acreditada o no acreditada), según la prueba Chi cuadrado (Chi cuadrado: 47,31; Valor de p: 0,00).



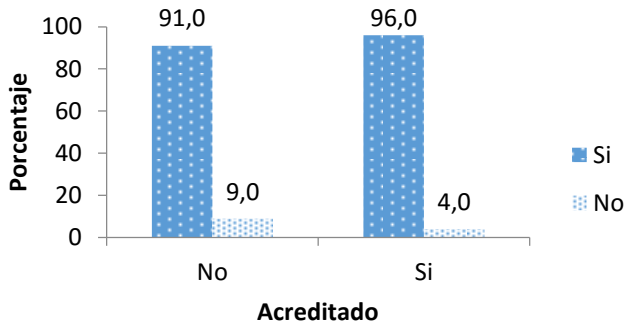
Chi cuadrado: 47,31; Valor de p: 0,00

GRAFICO 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA EXISTENCIA DE INCENTIVOS QUE ESTIMULEN EL TRABAJO EN ACREDITACIÓN, EN INSTITUCIONES ACREDITADAS Y EN NO ACREDITADAS

Dentro de los empleados que consideraron que dichos incentivos sí existen, se encontró que el 80 % piensan que mayor el incentivo es el reconocimiento y que el impacto de estos incentivos en la institución es alto en un 61,3 %.

En cuanto a los beneficios institucionales que podría traer la acreditación, los empleados de ambos tipos de instituciones, acreditadas y no acreditadas, consideran que dichos beneficios sí existen, lo cual está representado por un 96 % de ellos en la institución acreditada y en un 91 % en los empleados de las instituciones que no están acreditadas. El estadístico de prueba Chi cuadrado refleja que no existe diferencia estadísticamente significativa con un 0,63 y un valor de p de 0,42.

n = 92



Chi cuadrado: 0,63; valor de p: 0,42

GRAFICO 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA EXISTENCIA DE BENEFICIOS INSTITUCIONALES, EN INSTITUCIONES ACREDITADAS Y NO ACREDITADAS, VALLE DE ABURRA. 2015

Según los empleados encuestados, el mayor beneficio que trae la acreditación en salud es la calidad en la atención y el servicio, seguido de la credibilidad y el reconocimiento. En un cuarto lugar está la contratación con las EPS, seguido de la seguridad del paciente y la satisfacción del usuario.

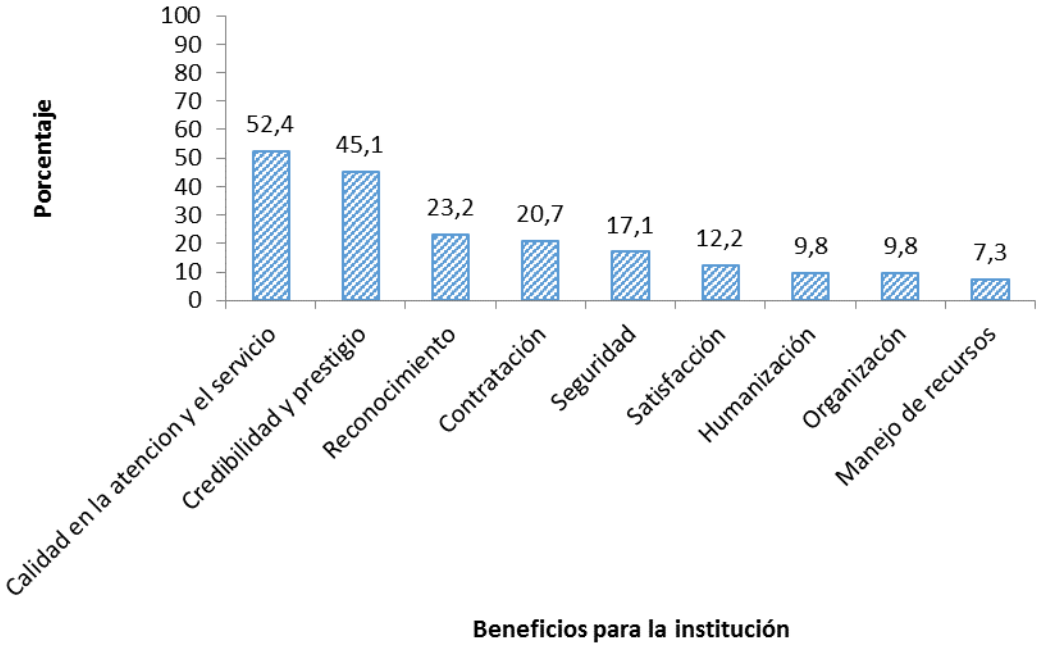


GRAFICO 15. PRINCIPALES BENEFICIOS QUE TRAE LA ACREDITACIÓN SEGÚN EL PERSONAL DE INSTITUCIONES ACREDITADAS Y NO ACREDITADAS. VALLE DE ABURRA. 2015.

El personal de las instituciones encuestado considera que la mayor motivación para acreditarse es el aumento de la eficiencia institucional con un 83,5 %. Seguido del prestigio y el mejoramiento en contratación de venta de servicios.

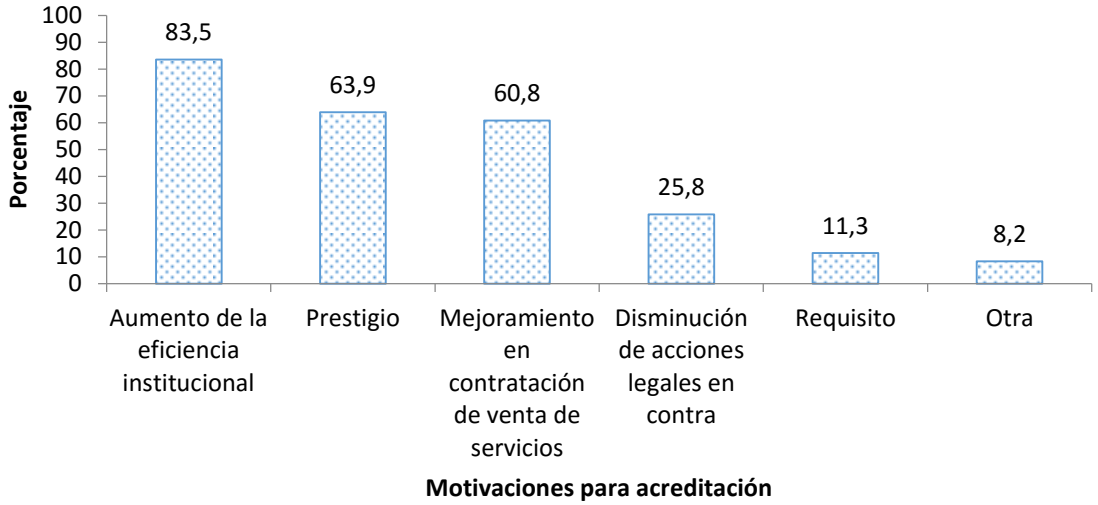


GRAFICO 16. PRINCIPALES MOTIVACIONES PARA TRABAJAR EN ACREDITACIÓN SEGÚN LOS EMPLEADOS DE INSTITUCIONES ACREDITADAS Y NO ACREDITADAS. VALLE DE ABURRA. 2015.

6.4 Nivel de satisfacción y percepción de calidad por parte de los usuarios

Los empleados encuestados consideran que el nivel de satisfacción de los usuarios en sus instituciones es algo satisfecho con un 38,5 % y muy satisfecho en un 30 %.

TABLA 6. NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN LOS EMPLEADOS DE INSTITUCIONES NO ACREDITADAS Y UNA ACREDITADA. VALLE DE ABURRA. 2015

Satisfacción	n	%
Poco Satisfecho	7	7,3
Algo satisfecho	37	38,5
Bastante satisfecho	23	24,0
Muy satisfecho	29	30,2
Total	**96**	**100,0**

El 95,8 % de los empleados considera que la acreditación contribuye a mejorar la satisfacción de los usuarios y el 48,4 % considera que la percepción de calidad por parte de los usuarios es buena luego de haber iniciado el proceso de acreditación.

6.5 Barreras que tiene el personal seleccionado para aplicar los estándares de acreditación.

El 97 % de los empleados de instituciones que no están acreditadas consideraron que existen barreras para implementar la acreditación frente a un 56 % de los empleados de la entidad acreditada.

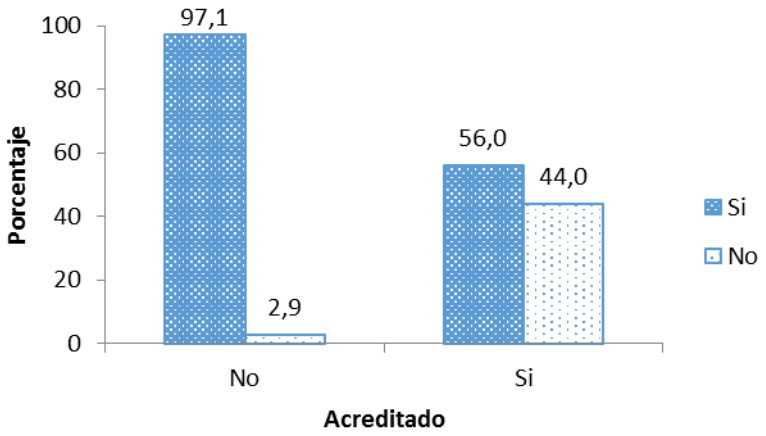


GRAFICO 17. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA EXISTENCIA DE BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACREDITACIÓN, EN INSTITUCIONES ACREDITADAS Y NO ACREDITADAS. VALLE DE ABURRA. 2015

Las siguientes barreras fueron presentadas en la encuesta con el fin de que el personal las ponderara según el peso que tuvieran en sus instituciones, encontrándose que los recursos financieros insuficientes fueron considerados como una de las barreras más relevantes.

TABLA 7. PONDERACIÓN DE LAS BARRERAS QUE PUEDAN EXISTIR PARA IMPLEMENTAR LA ACREDITACIÓN. SEGÚN SU PESO EN INSTITUCIONES NO ACREDITADAS Y UNA ACREDITADA. VALLE DE ABURRA. 2015

Barreras para el cumplimiento de la acreditación dentro de la institución		n	%
Actitudes negativas o escépticas del recurso humano frente a la acreditación	Muy poco relevante	8	9,9
	Poco relevante	9	11,1
	Medianamente relevante	26	32,1
	Relevante	25	30,9
	Muy relevante	13	16,0
	Total	81	100,0
Poca motivación del personal para el cambio	Muy poco relevante	8	9,6
	Poco relevante	8	9,6
	Medianamente relevante	29	34,9
	Relevante	23	27,7
	Muy relevante	15	18,1
	Total	83	100,0
Insumos o herramientas de trabajo insuficientes o no adecuadas	Muy poco relevante	7	8,3
	Poco relevante	18	21,4
	Medianamente relevante	24	28,6
	Relevante	25	29,8
	Muy relevante	10	11,9
	Total	84	100,0
Recursos financieros insuficientes	Poco relevante	11	13,3
	Medianamente relevante	14	16,9

	Relevante	26	31,3
	Muy relevante	32	38,6
	Total	83	100,0
Predominio intereses particulares sobre los institucionales	Muy poco relevante	25	31,3
	Poco relevante	13	16,3
	Medianamente relevante	16	20,0
	Relevante	17	21,3
	Muy relevante	9	11,3
	Total	80	100,0
No asignación de tiempo para el trabajo en acreditación	Muy poco relevante	9	10,8
	Poco relevante	16	19,3
	Medianamente relevante	24	28,9
	Relevante	24	28,9
	Muy relevante	10	12,0
	Total	83	100,0
Otra (Cambio, Disposición, Falta de apoyo del estado, Infraestructura, políticos, Presión, Rotación)	Medianamente relevante	1	14,3
	Relevante	2	28,6
	Muy relevante	4	57,1
	Total	7	100,0

En cuanto a los costos económicos para cumplir con los estándares de acreditación el 94,7 % de los empleados consideró que estos son altos.

Se evaluaron algunos factores que pueden influir en la implementación de estándares de acreditación, encontrándose que el 73 % de los empleados consideraron que el factor que más influye es el apoyo de la alta dirección, seguido de procesos y procedimientos estandarizados con un 68 %, y de humanización de los servicios con un 61 %.

TABLA 8. PONDERACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN, SEGÚN SU PESO EN INSTITUCIONES NO ACREDITADAS Y UNA ACREDITADA. VALLE DE ABURRA. 2015

Factores que influyen en la implementación de estándares de acreditación		n	%
Apoyo de la alta dirección	Muy poco importante	2	2,1
	Poco importante	3	3,1
	Medianamente importante	7	7,2
	Importante	14	14,4
	Muy importante	71	73,2
Fortalecimiento del programa de seguridad del paciente	Muy poco importante	1	1,0
	Poco importante	3	3,1
	Medianamente importante	10	10,3
	Importante	26	26,8
	Muy importante	57	58,8
Adherencia a guias clínicas	Muy poco importante	1	1,0
	Poco importante	1	1,0
	Medianamente importante	18	18,6
	Importante	26	26,8
	Muy importante	51	52,6
Disponibilidad de recurso financiero	Poco importante	1	1,0
	Medianamente importante	10	10,4
	Importante	30	31,3
	Muy importante	55	57,3
Adecuada selección de personal	Muy poco importante	1	1,1
	Poco importante	4	4,3
	Medianamente importante	10	10,6
	Importante	41	43,6
	Muy importante	38	40,4

Implementación y evaluación de planes de mejoramiento	Muy poco importante	1	1,0
	Poco importante	1	1,0
	Medianamente importante	14	14,4
	Importante	35	36,1
	Muy importante	46	47,4
Humanización de los servicios	Muy poco importante	2	2,1
	Poco importante	3	3,1
	Medianamente importante	12	12,4
	Importante	21	21,6
	Muy importante	59	60,8
Contar con equipo de auditores de calidad	Muy poco importante	2	2,1
	Poco importante	4	4,1
	Medianamente importante	16	16,5
	Importante	33	34,0
	Muy importante	42	43,3
Tener, procesos, procedimientos estandarizados	Muy poco importante	1	1,0
	Poco importante	2	2,1
	Medianamente importante	11	11,3
	Importante	17	17,5
	Muy importante	66	68,0

El 52% de los empleados consideraron que la normatividad colombiana en acreditación es muy exigente, ninguno la considero no exigente.

TABLA 9. NIVEL DE EXIGENCIA DE LA NORMA COLOMBIANA EN ACREDITACIÓN SEGÚN CONCEPTO DE LOS EMPLEADOS EN INSTITUCIONES NO ACREDITADAS Y UNA ACREDITADA. VALLE DE ABURRA. 2015

Nivel de exigencia	n	%
Muy exigente	52	54,7
Exigente	43	44,3
Total	95	100,0

6.6 Factores que más explican las diferencias entre las instituciones no acreditadas y una institución acreditada.

Se realizó un análisis multivariado de regresión logística con el fin de ajustar los factores relacionados con la acreditación en personal de seis empresas sociales del estado de primer nivel de complejidad del Valle de Aburra divididos según estatus de la acreditación.

Para el análisis multivariado fueron incluidas las variables que tuvieron un valor de p menor de 0,25 según el criterio de *Hosmer-Lemeshow,* las variables que se incluyeron fueron: conocimientos en acreditación, percepción de calidad del usuario según criterio de los empleados, incentivos para el trabajo en acreditación y barreras que impiden el cumplimiento de la acreditación.

En el análisis bivariado se observa que las instituciones acreditadas tienen 3 veces los conocimientos sobre acreditación que una institución no acreditada. En cuanto a la variable de los Incentivos existe una fuerte asociación entre reconocer que existen incentivos y ser una institución acreditada. Las personas de las instituciones consideran que hay una percepción de calidad entre excelente y buena de 12,8 veces en una institución acreditada comparado con una no acreditada. Existe mayor posibilidad de que no existan barreras para la acreditación en entidades acreditadas comparado con entidades no acreditadas.

Al ajustar por todas las variables independientes asociadas con la acreditación de Empresas Sociales del Estado del Valle de Aburra, se encuentra que cuando los empleados están en una entidad acreditada tienen una mayor probabilidad de tener conocimientos suficientes respecto a los que están en una entidad no acreditada (ORaj 6,0 (1,05 – 33,8)), así mismo hay mayor percepción de calidad de los usuarios (excelente-buena) en una entidad acreditada respecto a los de una entidad no acreditada (ORaj 20,9 (0,9 – 461,0)).

En cuanto a la existencia de incentivos que estimulen el trabajo en acreditación existe mayor probabilidad de que esto ocurra en personal que labora en una entidad acreditada respecto a los que están en una entidad no acreditada, (ORaj 37,2 (6,1 – 226,0)).

Existe asociación en considerar que no existan barreras para el trabajo en acreditación en una entidad acreditada con respecto a las entidades acreditadas (ORaj 7,1 (0,6 – 85,6)).

En general, al ajustar las variables todas siguen siendo más frecuentes en una institución acreditada, en los RP ajustados sigue habiendo asociación, sin embargo, perdió significancia estadística la percepción de calidad y la existencia de barreras que impiden en cumplimiento de la acreditación.

TABLA 10. FACTORES RELACIONADOS CON LA ACREDITACIÓN SEGÚN TIPO DE INSTITUCIONES (RP CRUDOS)

		Acreditado							
		NO		SI		Valor p	OR	IC95%	
		n	%	n	%			LI	LS
Nivel de conocimientos sobre acreditación	Conocimientos insuficientes	44	61,1	8	32,0	-	1,0	-	-
	Conocimientos suficientes	28	38,9	17	68,0	0,01	3,3	1,3	8,8
Existen incentivos institucionales que estimulen el trabajo en acreditación	Si	9	12,9	22	88,0	0,00	49,7	12,3	200,5
	No	61	87,1	3	12,0	-	1,0	-	-
Percepción de calidad de los usuarios	No se mide - Regular	23	34,8	1	4,0	-	1,0	-	-
	Excelente-Buena	43	65,2	24	96,0	0,02	12,8	1,6	101,1
Existen barreras que impiden el cumplimiento de la acreditación	Si	68	97,1	14	56,0	-	1,0	-	-
	No	2	2,9	11	44,0	0,00	26,7	5,3	134,0

TABLA 11. FACTORES RELACIONADOS CON LOS CONOCIMIENTOS, INCENTIVOS, PERCEPCIÓN DE CALIDAD Y BARRERAS SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN (RP AJUSTADOS)

Variable	Categoría	RP Crudo	IC 95%	Valor de p	RP Ajustado	IC 95%	Valor de p
Conocimientos_Acreditacion (Suficientes)	Suficientes Insuficientes	3,31	(1,3 – 8,8)	0,01	6,0	(1,05 – 33,8)	0,04
Percepción de calidad de los usuarios (Excelente-Buena)	Excelente-Buena No se mide – Regular	12,81	(1,6 – 101,1)	0,00	20,9	(0,9 – 461,0)	0,05
Existen incentivos que estimulen el trabajo en acreditación(Si)	Si No	49,71	(12,3- 200,5)	0,02	37,2	(6,1 – 226,0)	0,00
Existencia de barreras que impiden el cumplimiento de la acreditación (No)	No Si	26,71	(5,3 – 134,0)	0,00	7,1	(0,6 – 85,6)	0,12

7. Discusión

De acuerdo a los resultados de este estudio, se observa una relativa estabilidad laboral entre el grupo de empleados encuestados, con un buen nivel educativo, por lo cual, estos quizás no son aspectos que puedan considerarse influyentes o determinantes para un proceso de acreditación, puesto que no hubo diferencias entre los dos tipos de instituciones, acreditada y no acreditada. Sin embargo, llama la atención que el 60% de las personas dicen que deben trabajar tiempo extra para cumplir con sus labores, lo que puede afectar que lleven a cabo las tareas relacionadas con el proceso de acreditación.

Se evidencia la poca preparación que tienen los empleados de las ESE para la acreditación, en un 53 % mostraron conocimientos insuficientes sobre el tema. Sin embargo, los empleados de la entidad acreditada mostraron mejor nivel de conocimientos (68 %), que los empleados de las instituciones no acreditadas, lo que nos permite deducir que, la acreditación aporta mejores y mayores elementos al personal, haciendo que este tenga una mejor preparación y tenga mayor credibilidad en los procesos de calidad.

Como lo menciona Rodríguez C, hay avances significativos en el tema del talento humano, tal como lo presentan diferentes instituciones acreditadas que demostraron la utilidad de los estándares de acreditación para orientar la gestión en beneficio de los trabajadores de la salud y obtener cambios significativos en el clima organizacional, el trabajo en equipo, la motivación del personal, la seguridad y la salud en el trabajo, la medición del desempeño, el equilibrio entre vida personal y laboral, el desarrollo del ser humano en una visión holística que incluya no solo el tener o el hacer, sino especialmente el ser, las posibilidades de desarrollo profesional y personal, las estrategias para el retiro, entre otras múltiples variables que tiene en cuenta la acreditación (51).

Es de resaltar, la importancia que se da a la alta dirección al considerarse que su influencia es elevada dentro del proceso de la acreditación, y esto es lógico, pues son las altas directivas quienes deben definir las políticas y trazar la ruta que deba llevar la institución. Como se expone en un texto de Marisa Cabrera: “para crear objetivos realistas con respecto a la calidad, los gerentes deben evaluar claramente el nivel de calidad que puede lograrse con los recursos disponibles, las fortalezas y debilidades de la institución, incluso el desempeño y calidad de los programas tal como están en ese momento, la población de clientes, la forma en que estos perciben la calidad y el clima político y social. Los objetivos fomentan mejorar la calidad cuando se enfocan hacia satisfacer las necesidades del cliente” (52).

Es entonces el compromiso de la alta dirección, uno de los aspectos más importantes que deberá tenerse en cuenta a la hora de decidir iniciar la carrera hacia la acreditación, y deberá revisarse la percepción que tienen los empleados de dicho compromiso, pues los resultados de este estudio en ese sentido, son poco alentadores, el personal de las instituciones no ven un real compromiso de sus directivos con la acreditación y esto pudo verse reflejado en el hecho de que solo tres de los gerentes encuestados respondieron el cuestionario.

Como lo publica el ICONTEC, sin una alta dirección conocedora y comprometida con el mejoramiento continuo de la calidad, la implementación del modelo de acreditación no tendría futuro. En el caso de las instituciones de salud, el buen gobierno debe trascender el ámbito de lo corporativo y entender la responsabilidad con la sociedad en términos de su aporte a la salud de la gente, lo cual significa que el término debe ampliarse e incluir el llamado "gobierno clínico", que implica, entre muchos aspectos: tener un norte claro acerca del tipo de atención en salud que se brindará a la población objetivo, en todas sus fases (53).

Valdría la pena revisar si los períodos de 4 años en las gerencias de los hospitales públicos son suficientes para iniciar y dejar establecida una cultura de la calidad y que debe hacerse para blindar los procesos, de manera que quien llegue nuevo a la dirección de estas instituciones no deje perder lo avanzado. Así mismo debe haber una mayor vigilancia y control sobre la forma como se están llevando a cabo los procesos de mejoramiento continuo, de tal forma que se garantice un verdadero avance en calidad al interior de las instituciones.

Aun cuando las personas participantes en el estudio reconocen que la acreditación trae beneficios, consideran que no existen incentivos suficientes que permitan que las instituciones se animen a iniciar procesos en busca de la certificación en acreditación. Sin embargo, se observa en los empleados de la entidad acreditada una posición diferente en estos aspectos, ellos en un 88 %, sí consideran que existen incentivos dentro de los procesos de acreditación. Coincide este resultado con lo publicado por el ICONTEC sobre acreditación donde dice: "las instituciones que desarrollan estos sistemas de evaluación de calidad superior, viven dentro de ellas un proceso de transformación cultural, mejoran sus procesos, desarrollan los llamados ejes del sistema: seguridad de paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología y gestión del riesgo, lo cual en conjunto las hace mejores, más seguras y más confortables para los pacientes, entre otros beneficios" (1).
Podría decirse entonces que la acreditación sí aporta al fortalecimiento de los procesos y del recurso humano en las instituciones acreditadas.

En cuanto a los beneficios de la acreditación los empleados reconocen que el mayor es la calidad en la atención y el servicio, pero en cuanto a la motivación para trabajar en acreditación, un 83,5 % piensa que el aumento en la eficiencia institucional es la principal, dejando el mejoramiento en la contratación de venta de

servicios en un tercer lugar, y es coherente este resultado justamente con lo que se ve en el país, las entidades acreditadas no han obtenido beneficios adicionales ante los usuarios, pues dichos usuarios no son libres de elegir la entidad donde quieren ser atendidos, y así de nada vale el prestigio y tampoco se ven ventajas competitivas en la contratación con las EPS, y esto ya no es visto por los empleados como una motivación principal.

En la investigación realizada en Belo Horizonte (Brasil) en el año 2009, referenciada antes, se veía como los resultados revelaron que los profesionales incorporan de modo mecánico las cuestiones referentes a la acreditación, es decir, no existe reflexión y crítica en sus actuaciones. La realización del estudio apunta a la necesidad de sensibilizar y capacitar a los profesionales involucrados en la acreditación, considerando la complejidad de este proceso y su influencia en el trabajo de los profesionales de diferentes categorías y la importancia de que sea asegurada la calidad de la asistencia (48). Semejante a este resultado, en un estudio realizado en Francia en 2001, se reporta un alto interés en la calidad por parte de los altos directivos, y tan solo el 15 % de los médicos estaban muy interesados (54).

Comparando estos resultados con los de la presente investigación, se observa similitud teniendo en cuenta que, dentro de los encuestados en las instituciones no acreditadas, se percibió poco interés en el trabajo para la acreditación, relacionado sobre todo con la falta de incentivos. Para el caso en estudio también se hace necesario reforzar la capacitación en acreditación y sensibilizar mucho más sobre su importancia para una adecuada prestación de los servicios.

En cuanto a lo que los empleados piensan sobre la satisfacción de los usuarios de sus instituciones, solo un 30% cree que los usuarios están muy satisfechos. Sin embargo, el 95,8 % considera que la acreditación contribuye a mejorar la satisfacción de sus usuarios. Este resultado se ve soportado en un estudio sobre la satisfacción de los usuarios luego de la adopción del sistema único de acreditación en un centro policlínico, en el cual se observó que la satisfacción de los usuarios subió un 3% luego de la acreditación (55).

En cuanto a las barreras para aplicar los estándares de acreditación, estas son más sentidas por el personal de las instituciones que no están acreditadas con un 97 %, contrario al personal de la institución acreditada, que, si bien percibe la existencia de barreras, lo hace en una proporción menor frente a los primeros (56 %). A diferencia de los resultados de la presente investigación, en otro estudio realizado en la misma ciudad de Belo Horizonte, se analizaron los obstáculos para el proceso de acreditación, arrojando como principales obstáculos la falta de mantenimiento del sistema de calidad y el poco compromiso de algunos profesionales (56).

Si bien estos obstáculos priorizados en Belo Horizonte, también existen en nuestras instituciones de salud, es evidente que en las instituciones analizadas predomina más el tema financiero como principal barrera, reflejado en recursos económicos insuficientes y esto es coherente con lo que se mostraba sobre el incremento de la cartera de las EPS con los hospitales, lo que ha propiciado una crisis económica del sector, que el personal de salud siente y padece.

La mayoría del personal encuestado, con un 94,7 % coincide en que los costos de implementación de la acreditación son altos, sin embargo, existen muchos estudios que dan cuenta que la no calidad puede ser mucho más costosa, es así como se menciona en un texto sobre el costo de la calidad y la mala calidad que dice:

“En la actualidad, se entienden como costos de la calidad aquellos que se incurren cuando se diseña, implementa, opera y mantiene los sistemas de calidad de una organización, costos empresariales ligados a los procesos de mejora continua, y costos de sistemas, productos y servicios que no dieron frutos o que tallaron al ser rechazados por el mercado” (57).

La mala calidad le cuesta a la empresa, la buena calidad hace ganar dinero a la empresa. James E. Olson ex presidente de AT&T decía: "Mucha gente piensa que la calidad me cuesta demasiado, pero en realidad me cuesta menos". Si se pregunta qué empresa lleva registros contables de la mala calidad, se encontrará que son muy pocos los que lleven esos registros, cada responsable de área o gerencia de calidad tratara de borrar la "prueba del delito" y no dejara "huellas ni rastros" cuando sea reemplazado. La calidad no es el costo de suministrar lo que se produce, es el valor agregado que recibe el cliente de esa producción por su dinero (57).

Dichos costos pueden ser una de las principales barreras de las instituciones para no llevar a cabo procesos de calidad, pero quizás no han analizado cuanto les cuesta no adelantar procesos de calidad superior.

A pesar de este resultado, existen varios estudios que dan cuenta que el mejoramiento de algunos indicadores financieros podría atribuirse a la implementación de la acreditación. Tal es el caso del estudio de Morelos J, que dice: “Podemos afirmar que alcanzar la acreditación de alta calidad en las entidades de salud impactó positivamente en los indicadores Margen Neto (MN) y Margen Operacional (MO)” (42).

Contrario a este concepto, el estudio llevado a cabo por Arenas, concluye que, la mejoría de los indicadores financieros no puede atribuírsele solo a la acreditación y afirma:

El artículo busca establecer un punto de partida para la generación constante de información que pueda ser utilizada por las instituciones que van a iniciar su proceso de

acreditación, así como para la toma objetiva de decisiones, en las que ya están acreditadas. En este sentido, fue importante la evaluación con base en indicadores de gestión administrativa y financiera que deberían mejorar con el proceso. Se encontró, sin embargo, que no solo el mejoramiento no fue el esperado según lo expresado por las instituciones, sino que tampoco es claro que tenga una relación directa con el logro de la acreditación (23).

Más del 90% de los encuestados considera que la normatividad colombiana en acreditación en salud es muy exigente o exigente, si bien esto es cierto, también lo es que se está hablando de estándares superiores de calidad los cuales dan la posibilidad de acreditación con excelencia, lo que exige que los estándares deban garantizar el nivel máximo de calidad.

En un estudio realizado en España en 2003, se exploraron las opiniones que sobre la acreditación tienen los directivos de los centros sanitarios españoles, y de acuerdo a sus respuestas se encontró que:
Entre las debilidades de la acreditación los directivos sanitarios encuestados destacaron la rigidez del sistema; los costes económicos del proceso; la escasa cultura de calidad de nuestro sistema sanitario; la poca implicación de los propios directivos; la posible delegación de responsabilidades en empresas auditoras externas; la heterogeneidad de la actividad sanitaria; el hecho de contar sobre todo con modelos de acreditación importados, a la vez que criterios también importados, no adaptados a nuestra sociedad y poco aceptados; que los profesionales no perciben la necesidad de la acreditación y además tienen escasa formación en metodología de la calidad

Entre las fortalezas de la acreditación los directivos consultados señalaron la diferenciación positiva; el efecto positivo en profesionales y pacientes; el reconocimiento público de capacidades; la reafirmación de la Institución Sanitaria en su prestación de servicios; la mejora de la capacidad de elección consciente por parte del ciudadano al tener la posibilidad real de conocer la capacidad de los centros para elegirlos; la posibilidad de comparación intercentros y realización de benchmarking; la existencia de "garante externo" de una oferta de calidad al ciudadano; la posibilidad de contar con una herramienta para detectar áreas de mejora; la homogeneidad de criterios para establecer conciertos; destacando que es un buen sistema de aseguramiento de Calidad Asistencial del que se puede beneficiar nuestro Sistema Sanitario casi virgen en acreditación y, por tanto, con más capacidad de adaptación al modelo elegido. Finalmente coincidieron en destacar la mejora de imagen y del prestigio de los centros acreditados (58).

Estos resultados guardan mucha semejanza con lo encontrado en la presente investigación, aun cuando en España no hay un solo modelo de acreditación, y los modelos existentes deben ser diferentes al modelo colombiano, la percepción de los directivos en ambos estudios es similar.

Si bien los procesos de calidad, especialmente los relacionados con la acreditación en salud, pueden traer grandes beneficios entre ellos financieros, pero más importantes aún, beneficios para los pacientes y para los mismos profesionales, al contar con procesos estandarizados y más organizados. También es cierto que se hace necesaria una mejor preparación del personal de las instituciones en acreditación, unos incentivos reales y tangibles, como el de una mayor promoción de las instituciones acreditadas, las EPS deberían priorizar la contratación con instituciones acreditadas, el sistema también debería generar estímulos tributarios y fiscales a estas instituciones para promover inversiones en tecnología y capital humano y garantizar el flujo oportuno de los recursos en razón de la solidez y confiabilidad de los controles internos que tienen la instituciones acreditadas (59).

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran: la escasa bibliografía relacionada con la pregunta de investigación, pues no identificaron estudios de este tipo, también ocurrió que algunas de las personas encuestadas no respondieron todas las preguntas del cuestionario, por ello hubo variables con una muestra menor. La mayor limitación que se tuvo fue que al comienzo de la investigación, se esperaba encontrar asociación entre factores de las entidades acreditadas y no acreditadas que dieran cuenta del porque hay tan pocas instituciones acreditadas, pero luego de los resultados se observa que las variables quedaron muy descriptivas y no permiten asociación, por lo que se debió cambiar el enfoque de la investigación.

8. Conclusiones

Preocupa que el grado de conocimiento en acreditación sea insuficiente en la mayoría de empleados encuestados, a pesar que los estándares de acreditación son de obligatorio cumplimiento dentro de los planes de auditoria para el mejoramiento de la calidad. Sin embargo, es positivo que los empleados de la entidad acreditada, hayan mostrado un mejor nivel de conocimientos, lo que demuestra que sí hay ganancias con la acreditación. Deberá revisarse en las instituciones las estrategias para llevar a cabo planes de capacitación que de verdad impacten y permitan mejorar las competencias del recurso humano en calidad.

Por otro lado, se requiere que los altos directivos de las organizaciones de salud tengan un mayor compromiso con el tema de calidad y lo vean como una estrategia que puede ayudarles en su gestión y de esta manera empoderar a sus colaboradores motivándolos a trabajar con altos estándares de calidad, creando cultura en ellos, que no vean el tema de acreditación solo como algo normativo. Es claro que la percepción del compromiso de la alta dirección con la acreditación es mejor percibida en el personal de la entidad acreditada y esto es positivo para la gestión de un gerente.

La acreditación en salud puede convertirse en un aliado para los hospitales al permitir tener instituciones más eficientes y con una prestación de servicios con mayor calidad y seguridad, sin embargo, es necesario que desde el gobierno nacional se implementen verdaderas acciones que incentiven a las entidades a trabajar hacia la certificación en acreditación. Este estudio demostró que en la entidad acreditada sí perciben que hay incentivos y beneficios con la acreditación contrario a lo que piensan los empleados de las entidades no acreditadas, esto nos indica que cuando ya se trabaja en acreditación se ven los resultados positivos, pero sin haber adelantado este proceso, no se conocen cuales incentivos pudiera traer, es por ello que deben darse incentivos que sean más atractivos para las instituciones.

Se debe continuar por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema Único de Acreditación, estimulando su implementación a través de la creación de incentivos para las instituciones que adelanten procesos de mejoramiento de la calidad.

Actualmente solo hay 37 instituciones acreditadas en el país, y de acuerdo a lo que se ha visto, el hecho de que las IPS no perciban las verdaderas ventajas de la acreditación relacionadas con el incremento en la venta de servicios, puede ser uno de los factores que estén influyendo para que pocas instituciones estén

implementando procesos de acreditación. Hasta el momento las aseguradoras como responsables de la contratación para la prestación de los servicios de salud, no han tenido en cuenta la acreditación como criterio para preferir un prestador u otro, inclusive se contrata bajo las mismas condiciones independientemente de si es una entidad acreditada o no. Si se tuviera la acreditación en salud como uno de los criterios para contratar con las IPS, este sería el mayor incentivo que tendrían los prestadores para apostarle a la acreditación en salud.

Otro aspecto que es importante revisar son los costos del proceso de acreditación, pues la mayoría de empleados considera que estos son altos y adicionalmente, ven como una barrera para la implementación de la acreditación, los recursos financieros insuficientes, estos dos aspectos de entrada cierran la puerta para que una entidad siquiera piense en acreditarse. Este tema financiero ameritaría un nuevo estudio que, mediante una revisión más exhaustiva, permitiera conocer realmente cuantos son los costos aproximados de un proceso de acreditación. Por otro lado, el gobierno debería pensar en subsidiar financieramente procesos de acreditación en instituciones que demuestren interés en llevarlos a cabo y tengan adecuados indicadores de estructura, proceso y resultado.

En cuanto a la exigencia de la norma colombiana en acreditación, la mayoría de empleados la consideran muy exigente y comparándola con los modelos de Chile, Perú o Argentina, quizás sí sea muy exigente y difícil de cumplir, sobre todo en estos momentos de crisis para el sector salud, valdría la pena hacer una revisión de algunos estándares que permita hacer más flexible el modelo, sin poner en riesgo la seguridad del paciente.

Finalmente, y para concluir, se tiene entonces que las mayores diferencias encontradas entre los perfiles de los empleados de la entidad acreditada y las no acreditadas son:

- En la entidad acreditada hubo una mayor participación en la encuesta y mejor disposición para responderla
- El grado de conocimientos es mejor en la entidad acreditada
- En la entidad acreditada sí perciben la existencia de incentivos
- La percepción de barreras para implementar la acreditación es menor en la entidad acreditada
- Los empleados de la entidad acreditada perciben un mayor compromiso por parte de la alta dirección
- La percepción de calidad por parte de los usuarios es mayor, según la opinión de los empleados, en la entidad acreditada.

Colombia ha avanzado mucho en cuanto a normatividad y tiene un excelente sistema de garantía de la calidad, pero falta generar en el personal de las instituciones de salud un mayor empoderamiento que permita instalar una

verdadera cultura de la calidad, sin que se siga actuando solo por cumplir unos requisitos normativos.

Es necesario insistir desde los entes gubernamentales, para que los hospitales crean en los procesos de mejora continua, como herramienta que les permita demostrar que pueden ser eficientes y que como prestadores públicos deben ser ejemplo de prestación de servicios con calidad a las poblaciones más vulnerables que son su razón de ser. Para poder subsistir en este entorno mercantilista deberán ser más competitivas y para ello requieren procesos de calidad fortalecidos.

Este estudio, deja entonces la puerta abierta para que se desarrollen otras investigaciones partiendo de los hallazgos aquí planteados, tales como el mencionado antes sobre costos de la acreditación, exigencia del modelo colombiano de acreditación o que incentivos pueden diseñarse para estimular el trabajo en acreditación.

9. Bibliografía

1. ICONTEC. Diez años promoviendo la excelencia en salud. Normas y Calidad [Internet] 2013; 97: [citado 5 de noviembre de 2014]. Disponible en: www.acreditacionensalud.org.co

2. Organización Panamericana de la Salud OPS. Manual de acreditación para instituciones hospitalarias. Washington (Estados Unidos): Organización Panamericana de la Salud; 1995. 128 p.

3. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41.148 (diciembre 23 de 1993).

4. Colombia. Ministerio de salud. Decreto 1918 de 1994 por el cual se reglamentan los artículos 76 y 78 del Decreto 1298 de 1994. Diario Oficial, 41.478, (5 de agosto de 1994).

5. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 2174 de 1996 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, 42.931, (3 de diciembre de 1996)

6. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 2309 de 2002 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, 44.967 (17 de octubre de 2002)

7. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, 46230 (abril 03 de 2006).

8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1474 de 2002 por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. Diario Oficial, 44.496 (Julio 24 de 2002)

9. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006 - anexo técnico 2 por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Diario Oficial, No. 46.271 (17 de mayo de 2006)

10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 123 de 2012 por la cual se modifica el artículo 2º de la Resolución 1445 de 2006. Diario oficial, 48329 (enero 31 de 2012).

11. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 0903 de 2014 por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. Diario Oficial, 49150 (mayo 13 de 2014).

12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014 por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Diario Oficial, 49.167 (30 de mayo de 2014).

13. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 47957 (enero 19 de 2011).

14. Florido JI, Capilla M. Estándares de Acreditación para servicios de urgencias de hospitales. Soc Gen Med Urgenc Emerg [internet] 2009;21(4):301-5. [consultado 2015-07-20]. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/

15. García Cardona H. Auditoría en salud. Medellín (Antioquia, Colombia): Universidad CES; 2008.

16. Instituto colombiano de normas técnicas y certificación. Acreditación en Colombia [internet]. [consultado septiembre de 2007]. disponible en: www.unydos.com/acreditacion/antecedentes.php

17. Donabedian A. La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Medica Mexicana; 1984.

18. ICONTEC. Instituciones acreditadas [Internet]. [consultado 2016-08-08]. Disponible en: www.acreditacionensalud.org.co.

19. Castro Hoyos CE. Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina [internet]. [consultado 2016-08-10]. Disponible en: http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09229.pdf

20. Restrepo JH, Lopera JF, Rodríguez SM. La integración vertical en el sistema de salud colombiano. Rev.econ.inst. vol.9 no.17 Bogotá July/Dec. 2007

21. Rodríguez, Carlos E. Enfoque de humanización de la atención desde la acreditación en salud. ICONTEC. 2013;95(5):8-14.

22. Bucher S. Cómo curar los hospitales desde adentro. INCAE Bus Rev. 2013;2(7): 2-10.

23. Arenas-Pajón CH, Tamayo-Rendón CM. Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Rev CES Med. [Internet] 2010 24(2): 9-20 [consultado 2015-07-20]. Recuperado a partir de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261119512001

24. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC sobre el sistema único de acreditación en salud [Internet]. [consultado 2015-07-20]. Recuperado a partir de: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abc-suas.pdf

25. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2427 de 2014 por la cual se inscribe una entidad en el registro especial de acreditadores en salud. Diario Oficial, (17 de junio de 2014).

26. Ministerio de la Protección Social. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Versión 003. Bogotá (Colombia): Ministerio de la Protección Social; 2012.

27. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014 por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Diario Oficial, 49.167 (30 de mayo de 2014).

28. Otero R A. La acreditación en salud. Características, antecedentes internacionales y desarrollo en la República Argentina [internet]. [consultado 2015-07-22]. Disponible en: http://www.itaes.org.ar/biblioteca/3-2011/ITAES-3-2011-acreditacion.pdf

29. Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Pan Am J Public Health [internet] 2000;8 (1/2):93-8 [consultado 26-06-2015]. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3007.pdf

30. Superintendencia de Salud - Gobierno de Chile [Internet]. [citado 20 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-1580.html

31. Chile. Ministerio de salud, subsecretaria de redes asistenciales. Decreto N°18. por el cual se aprueba los estándares generales que indica del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud. Diario oficial, 288194. (marzo 19 de 2009).

32. Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Programa nacional de garantía de calidad de la atención médica. [Internet]. [citado 20 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.msal.gov.ar/pngcam/evaluacion.htm

33. Ministerio de Salud. Perú. [Internet]. [citado 20 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.minsa.gob.pe

34. Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 456 de 2007 por la cual se aprueba la norma técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Expediente, N° 06-113408-001 (04 de junio de2007).

35. ICONTEC. Proceso para la acreditación en salud, ruta crítica [internet]. [consultado 2016-06-18]. Disponible en: www.acreditacionensalud.org.co

36. Pardo Hernández A, Navarro Royo C. Modelo Europeo de Excelencia (EFQM). En: ediciones Díaz de Santos. Gestión sanitaria: Calidad y seguridad de los pacientes. España: Fundación MAPFRE; 2008. p. 161-166

37. Martínez B. Calidad. ¿Qué es el Modelo European Foundation for Quality Management? An Pediatr Contin [internet] 2008; 6(5): 315-20 consultado 2016-08-10. Disponible en: http://www.apcontinuada.com/es/calidad-que-es-el-modelo/articulo/80000456/

38. López Viñas ML. Experiencia y modelo de acreditación en Cataluña [internet]. [consultado 2016-08-10]. Disponible en: http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=e1bca5c6-da8e-4fe5-8709-f6b2253e803c&groupId=10128

39. Pepper Bergholz S. Modelos de acreditación. Medwave [internet] 2011; 11(4): consultado 2016-08-09. Disponible en: http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES03-A/4971

40. Bruneau Ch. Le modele français d'accreditation [internet]. [consultado 2016-08-10]. Disponible en: http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=e1bca5c6-da8e-4fe5-8709-f6b2253e803c&groupId=10128

41. Vitaller Burrillo J. Orientaciones internacionales en el aseguramiento y la acreditación sanitaria [internet]. [consultado 2016-08-10]. Disponible en: http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=e1bca5c6-da8e-4fe5-8709-f6b2253e803c&groupId=10128

42. Morelos J, Fontalvo TJ, Vergara JC. Aplicación de análisis discriminante para evaluar el impacto de la acreditación en salud en Colombia en los indicadores de rentabilidad. Univ Salud [Internet]. 2013 [citado 20 de julio de 2015];15(17). Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v15n1/v15n1a06.pdf

43. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto1876 de 1994 por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado. Diario Oficial, 41 480 (5 de agosto de 1994).

44. Rodríguez Carlos E. Acreditación en salud un aliado para gerentes de hospitales públicos. Normas y Calidad [internet] 2012; 93(3):14-9 [consultado 2015-07-22]. Disponible en: http://www.acreditacionensalud.org.co/boletines.php

45. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. 34° informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2015. [internet]. [consultado 2016-06-19] Disponible en: http://achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/achc/periodicos/cartera/34

46. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 710 de 2012 por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 48397 (08 de abril de 2012).

47. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 743 de 2013 por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 48737 (marzo 19 de 2013).

48. Figueiredo B, Teodoro HC, Menezes MJ, Alves M. As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):571-6.

49. Cueto EG, Boubeta AR, Mallou JV. Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. Psicothema. 2003;15(4):656-61.

50. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario oficial, (04 de octubre de 1993).

51. Rodríguez Carlos E. La suficiencia del talento humano en las instituciones de salud. Normas y Calidad [internet] 2016; 107:6-10 [consultado 2016-08-09]. Disponible en: http://www.acreditacionensalud.org.co/boletines.php

52. Cabrera M. La calidad no aumenta los costos [internet]. [consultado 2016-06-18]. Disponible en: http://www.adecra.org.ar/comercio64/html/458342la%20calidad%20no%20aumenta%20los%20costos.pdf

53. Rodríguez Carlos E. Gobierno corporativo en instituciones prestadoras de servicios de salud. Aportes de la acreditación en salud. Normas y Calidad [internet] 2016; 108:6-12 [consultado 2016-08-08]. Disponible en: http://www.acreditacionensalud.org.co/boletines.php

54. Leutscher Vasen E, Cebrián Peribáñez J. Resumen y comentarios.
El modelo francés de acreditación [internet]. [consultado 2016-08-10]. Disponible en: http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=e1bca5c6-da8e-4fe5-8709-f6b2253e803c&groupId=10128

55. Rodríguez García LA, Lozano Medina SR. Estudio de la satisfacción de los usuarios luego de la adopción del sistema único de acreditación en salud, en el centro policlínico del Olaya. Signos [internet] 2012; 4(1): 61-83 consultado 2016-08-09. Disponible en: http://revistas.usta.edu.co/index.php/signos/article/view/956/1239

56. Figueiredo B, Menezes MJ, Corrêa A. Acreditação hospitalar: aspectos dificultadores na perspectivade profissionais de saúde de um hospital privado. Rev. Min. Enferm.; abr/jun, 2011 15(2): 259-266.

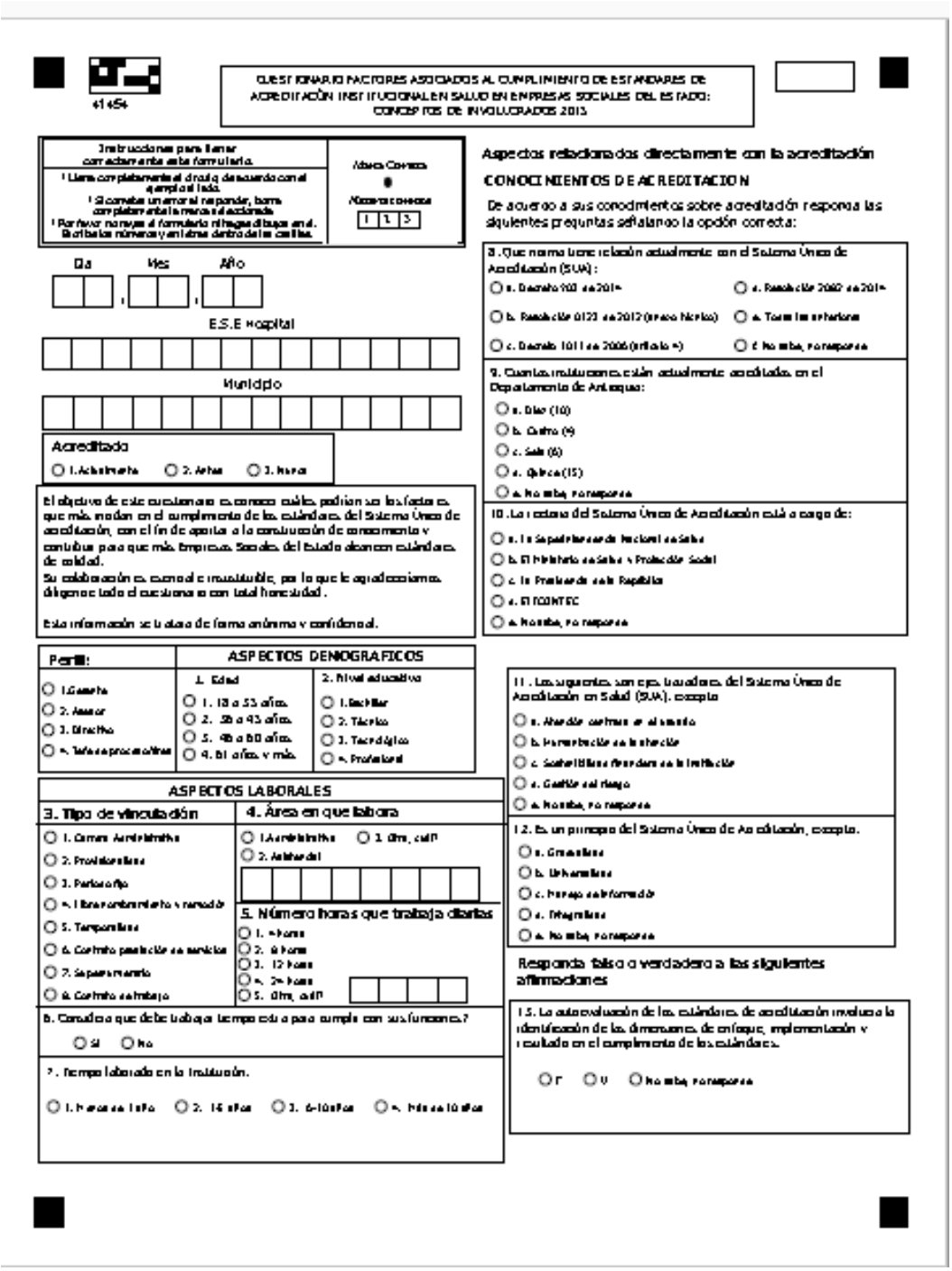
57. García M, Quispe C, Raez L. Costos de la calidad y la mala calidad. Industrial data [internet] 2002; 5(1): 15-21 consultado 2016-08-09. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/indata/v05_n1/calidad.htm

58. Aranaz Andrés JM. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria [internet]. [consultado 2016-08-10]. Disponible en: http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=e1bca5c6-da8e-4fe5-8709-f6b2253e803c&groupId=10128

59. Zapata JI. Reflexiones sobre el nuevo Sistema Único de Acreditación en Salud [internet]. [consultado 2016-06-18]. Disponible en: http://www.dinero.com/opinion/columnistas/articulo/nuevo-sistema-unico-acreditacion-salud/199140

10. Anexos

ANEXO 1. INSTRUMENTO APLICADO A LOS EMPLEADOS DE LAS SEIS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO



41454

QUESTIONARIO FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES DE ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL EN SALUD EN EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO: CONCEPTOS DE INVOLUCRADOS 2015

Instrucciones para llenar correctamente este formulario.

- Llene completamente el óvalo de acuerdo con el empleado.
- Si cambia un error al responder, borre completamente la marca seleccionada.
- Por favor no rayar el formulario ni hagas dibujos en el. Escribalos números en letras dentro de las casillas.

Ejemplo Correcto

Ejemplo Incorrecto

1 2 3

Día Mes Año

E.S.E Hospital

Municipio

Acreditado

○ 1. Actualmente ○ 2. Antes ○ 3. Nunca

El objetivo de este cuestionario es conocer cuáles podrían ser los factores que más inciden en el cumplimiento de los estándares del Sistema Único de acreditación, con el fin de aportar a la construcción de conocimiento y contribuir para que más Empresas Sociales del Estado alcancen estándares de calidad.

Su colaboración es esencial e insustituible, por lo que le agradecemos diligenciar todo el cuestionario con total honestidad.

Esta información se tratará de forma anónima y confidencial.

Perfil:

○ 1. Gerente
○ 2. Asesor
○ 3. Directivo
○ 4. Líder de procesos/áreas

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

1. Edad
○ 1. 18 a 35 años
○ 2. 36 a 45 años
○ 3. 46 a 60 años
○ 4. 61 años y más

2. Nivel educativo
○ 1. Bachiller
○ 2. Técnico
○ 3. Tecnológico
○ 4. Profesional

ASPECTOS LABORALES

3. Tipo de vinculación
○ 1. Carrera Administrativa
○ 2. Provisionalidad
○ 3. Periodo fijo
○ 4. Libre nombramiento y remoción
○ 5. Temporalidad
○ 6. Contrato prestación de servicios
○ 7. Supernumerario
○ 8. Contrato sindicato

4. Área en que labora
○ 1. Administrativa ○ 2. Otra, cual?
○ 3. Asistencial

5. Número horas que trabaja diarias
○ 1. 4 horas
○ 2. 6 horas
○ 3. 12 horas
○ 4. 24 horas
○ 5. Otra, cual?

6. Considera que debe trabajar tiempo extra para cumplir con sus funciones?
○ Si ○ No

7. Tiempo laborado en la Institución.
○ 1. Menos de 1 año ○ 2. 1-5 años ○ 3. 6-10 años ○ 4. Más de 10 años

Aspectos relacionados directamente con la acreditación

CONOCIMIENTOS DE ACREDITACION

De acuerdo a sus conocimientos sobre acreditación responda las siguientes preguntas señalando la opción correcta:

8. Que norma tiene relación actualmente con el Sistema Único de Acreditación (SUA):
○ a. Decreto 903 de 2014 ○ d. Resolución 2082 de 2014
○ b. Resolución 0123 de 2012 (manual técnico) ○ e. Todas las anteriores
○ c. Decreto 1011 de 2006 (artículo 4) ○ f. No sabe, no responde

9. Cuantas instituciones están actualmente acreditadas en el Departamento de Antioquia:
○ a. Diez (10)
○ b. Cuatro (4)
○ c. Seis (6)
○ d. Quince (15)
○ e. No sabe, no responde

10. La rectoría del Sistema Único de Acreditación está a cargo de:
○ a. La Superintendencia Nacional de Salud
○ b. El Ministerio de Salud y Protección Social
○ c. La Presidencia de la República
○ d. El FONDETEC
○ e. No sabe, no responde

11. Los siguientes son ejes transversales del Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA), excepto
○ a. Atención centrada en el usuario
○ b. Humanización de la atención
○ c. Sostenibilidad financiera de la institución
○ d. Gestión del riesgo
○ e. No sabe, no responde

12. Es un principio del Sistema Único de Acreditación, excepto.
○ a. Oportunidad
○ b. Universalidad
○ c. Enfoque de interdependencia
○ d. Integralidad
○ e. No sabe, no responde

Responda falso o verdadero a las siguientes afirmaciones

13. La autoevaluación de los estándares de acreditación involucra la identificación de las dimensiones de enfoque, implementación y resultado en el cumplimiento de los estándares.

○ F ○ V ○ No sabe, no responde

41454

14. En Colombia la única entidad acreditadora es el ICONTEC
○ F ○ V ○ No sabe, no responde

15. El manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario fue adoptado por la resolución 0123 de 2012.
○ F ○ V ○ No sabe, no responde

16. El sistema único de acreditación en salud es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación obligatoria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
○ F ○ V ○ No sabe, no responde

17. El cumplimiento de los requisitos mínimos obligatorios que les aplican a las instituciones prestadoras de servicios de salud no son condición para acceder a la acreditación.
○ F ○ V ○ No sabe, no responde

Con relación al compromiso de la alta dirección a nivel institucional con la acreditación, usted considera que:

18. Su influencia es: ○ 1. Alta ○ 2. Mediana ○ 3. Baja

19. En su institución el compromiso de la alta dirección en la preparación o mantenimiento de la acreditación es:
○ 1. Alto ○ 2. Mediano ○ 3. Bajo

En cuanto a los incentivos institucionales que estimulen el trabajo en acreditación, usted considera que:

20. Existen ○ Sí ○ No Si su respuesta es NO pase a la pregunta 25

21. Si su respuesta es positiva, dichos incentivos son:

Monetarios	No monetarios
○ a. Pagos extras	○ a. Premios
○ b. Disminución de carga laboral	○ b. Reconocimiento
○ c. Reconocimiento económico	○ c. Otro
○ d. Otro	

22. El impacto de dichos incentivos en su institución ha sido:
○ 1. Alto ○ 2. Mediano ○ 3. Bajo ○ 4. Nulo

23. Considera que la Acreditación trae beneficios a su institución? ○ Sí ○ No

Si su respuesta es positiva, diga cuáles son esos beneficios:

24. En cuanto a las motivaciones que tiene su institución para acreditarse cuál: (Elija hasta 3 respuestas que considere más importantes)
○ a. Prestigio
○ b. Mejoramiento de la calidad de sus servicios
○ c. Disminución de sanciones legales en contra
○ d. Aumento de la afluencia institucional
○ e. Reconocimiento
○ f. Otro, cuál

25. El nivel de satisfacción de los usuarios en su institución actualmente se encuentra en cuál de los siguientes rangos.
○ 1. Muy satisfecho ○ 3. Algo satisfecho ○ 5. Muy satisfecho
○ 2. Poco satisfecho ○ 4. Satisfecho satisfecho

26. Considera que la Acreditación contribuirá a mejorar el nivel de satisfacción de sus usuarios? ○ Sí ○ No

27. Si en su institución se mide la percepción de calidad de los usuarios, dicha percepción luego de haber iniciado el proceso de acreditación es:
○ a. Excelente ○ b. Buena ○ c. Regular ○ d. Mala ○ e. No sabe/no

28. Los costos económicos para cumplir con los estándares de acreditación considera usted que son:
○ 1. Altos
○ 2. Bajos
Porque

29. Entendiendo las barreras como los factores que impiden el cumplimiento de la acreditación, considera usted que en su institución dichas barreras:
a. Existen ○ Sí ○ No

29-b. Si su respuesta es positiva, pondere según su concepto el peso que cada una de las siguientes barreras pueda tener en su institución. Siendo 1 la de menor peso y 5 la que más peso tiene.

	1	2	3	4	5
1. Actitudes negativas o escépticas al interior hacia la acreditación	○	○	○	○	○
2. Poca motivación al personal para el cambio	○	○	○	○	○
3. Temores o barreras al trabajo interdisciplinario o colaborativo	○	○	○	○	○
4. Escasez de recursos financieros	○	○	○	○	○
5. Preocupación hacia particulares sobre las instituciones	○	○	○	○	○
6. No alcance de tiempo para el trabajo en acreditación	○	○	○	○	○
7. Otro	○	○	○	○	○

41454

50 Califique los siguientes factores que influyen en la implementación de estándares de acreditación. Siendo 1 el menos importante y el 5 el más importante.

	1	2	3	4	5
1. Apoyo a la alta dirección	○	○	○	○	○
2. Pertinencia del programa a las expectativas del paciente	○	○	○	○	○
3. Autonomía gerencia clínica	○	○	○	○	○
4. Disponibilidad de recurso financiero	○	○	○	○	○
5. Adecuada selección de personal	○	○	○	○	○
6. Implementación y actualización de planes de mejoramiento	○	○	○	○	○
7. Permanencia de altos mandos	○	○	○	○	○
8. Contar con equipos de mejoramiento continuo	○	○	○	○	○
9. Tener procesos, procedimientos administrativos	○	○	○	○	○

51. Considera que el nivel de congruencia de la normatividad Colombiana en acreditación es:

○ a. Muy adecuada ○ b. Adecuada ○ c. No es adecuada

52. La combinación de la norma? explique

_____

_____

_____

_____

53. Si tiene una sugerencia o aporte para el proyecto de acreditación, explique

_____

_____

_____

_____

ANEXO 2. AUTORIZACIÓN COMITÉ DE ÉTICA.

Proyecto: "Factores asociados al cumplimiento de los estándares de acreditación institucional en salud en seis Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención del Valle de Aburra del departamento de Antioquia. 2015."
Código del proyecto: 461

UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

Medellín, 12 de agosto de 2015

Doctor (a)
MARGARITA MARÍA ESCUDERO
escudero.margarita@uces.edu.co
marescudero@gmail.com
Universidad CES

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad CES hace constar que luego de haber seguido el trámite de evaluación por la vía del aval expedito, acorde a lo dispuesto en el Artículo 11 de la Guía Operativa del Comité de Ética en su versión 1.2., decidió avalar el componente ético y la ejecución del siguiente proyecto:

- ✓ Nombre del proyecto: ***"Factores asociados al cumplimiento de los estándares de acreditación institucional en salud en seis Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención del Valle de Aburra del departamento de Antioquia. 2015."***
- ✓ Objetivo: Identificar los factores asociados al cumplimiento de estándares de acreditación institucional en salud en seis Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención del Valle de Aburra en el departamento de Antioquia en el año 2015.
- ✓ Investigador(es): Margarita María Escudero, Claudia Arenas
- ✓ Grupo de investigación: Observatorio de la Salud Pública

La decisión se fundamenta en los siguientes elementos:

El proyecto se encuentra adecuadamente clasificado de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993. Se trata de un estudio sin riesgo debido a que se aplicará una encuesta donde no se identificarán ni tratarán aspectos sensibles de la conducta.

Este aval será refrendado en incluido en el acta de la sesión número 84 del Comité Institucional de Ética de Investigación en Seres Humanos.

JOSE MARIA MAYA MEJIA, MD
Presidente
Comité Institucional de Ética de Investigación en Seres Humanos

www.ces.edu.co Calle 104 No. 22-04 A.A. 054 591 Conmutador 444 05 55 fax 266 60 46 NIT 890.984.002-8 Medellín / Colombia