

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD

JULIETA HENAO PÉREZ

MD, MSc. EN INMUNOLOGÍA

PAULA ANDREA MARÍN OLMOS

ENFERMERA

CAPÍTULO DE LIBRO

ASESOR:

DOCTOR MARIO ALBERTO ZAPATA V

MD MS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y EN EPIDEMIOLOGÍA

GERENTE CARISMA

UNIVERSIDAD DEL CES

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

MEDELLÍN

2007

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. METODOLOGÍAS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	2
2.1 MODELO DE LA FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA CALIDAD (EFQM)	3
2.2 ACREDITACIÓN	14
2.3 NORMAS ISO	19
3. EXPERIENCIAS	23
3.1 ARGENTINA	23
3.2 BRASIL	24
3.3 PAISES BAJOS	27
3.4 AUSTRALIA	29
3.5 SUDÁFRICA	30
4. CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFIA	35

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Bases conceptuales del modelo EFQM: los ocho fundamentos de la excelencia	9
Tabla 2 Elementos a evaluar del EFQM: nueve criterios y 32 subcriterios	10
Tabla 3 Esquema de calificación para otorgamiento	18
Tabla 4 Otros modelos de evaluación de calidad	22

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1 El esquema de la evaluación REDER	22
FIGURA 2 El esquema de puntajes distribuidos por criterios	13
Figura 3 Matriz de calificación de los estándares	17

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD

1. INTRODUCCIÓN

La calidad es un tema muy discutido en el mundo contemporáneo. El concepto de calidad, inicialmente se desarrolló en la industria, particularmente, en el sector manufacturero y posteriormente se extendió a otro tipo de empresas como las de servicios, con especial importancia en las organizaciones que prestan servicios de salud (1).

El concepto de calidad en la industria, es concebido como el cumplimiento de especificaciones técnicas planteadas para el diseño y adecuación del uso del producto, es decir, el conjunto de propiedades y características que le confieren al producto su aptitud para satisfacer las necesidades expresas o implícitas (2, 3).

La aplicación de los conceptos de calidad, de los productos de manufactura a los productos y resultados provenientes de servicios, conduce a controversias, dadas las diferencias entre las características de los productos tangibles y los servicios; los primeros, tienen parámetros de producción fácilmente medibles, son reproducibles, no requieren indispensablemente el contacto directo con el usuario y existen de manera separada desde la producción al consumo del mismo; mientras que los segundos, los servicios, se caracterizan por ser intangibles, lo que implica mediciones y evaluaciones complejas y difíciles, no son reproducibles exactamente, requieren contacto directo y permanente con el usuario y son inseparables la producción del servicio y el consumo del mismo (2, 3). Estas diferencias, conducen a considerar cual es la definición de calidad para los servicios y especialmente para los servicios de salud. Es así como se da un nuevo concepto de calidad, tanto para la industria de productos como para la de servicios, en la cual se considera calidad como: Todas la formas, productos o servicios, a través de la cuales la organización satisface las necesidades y expectativas implícitas o explícitas de sus clientes, sus empleados, los inversionistas y toda la sociedad en general. Desde el punto de vista de los servicios de salud, la calidad expresada por Donabedian, consiste en lograr el mayor beneficio con el menor riesgo posible para el paciente y a un costo

razonable, lo cual implica cinco elementos básicos: la relación entre lo técnico-científico, la interacción médico paciente, la utilización eficiente de recursos, la valoración riesgo beneficio y el logro de la satisfacción del paciente. Partiendo de éste concepto de calidad, las organizaciones de salud, deben dirigir sus esfuerzos a mejorar y mantener un excelente desempeño, una alta competitividad e impactar positivamente en la sociedad. Lo anterior, a través de la medición y evaluación de la calidad de los servicios prestados a los diferentes clientes. La valoración externa del desempeño de la calidad institucional en salud, se da a través de diferentes metodologías de evaluación, que involucran en algunos casos certificaciones, una variedad de reconocimientos y premios a la calidad.

En Colombia, a partir de la reforma al sistema de salud en 1993, la calidad en salud cobra mayor importancia, generando controversias y discusiones sobre temas relacionados con el cumplimiento de los requisitos para funcionar, sobre la forma de evaluar y medir la calidad brindada a los usuarios, la posibilidad de alcanzar niveles superiores de calidad y la posibilidad de establecer mecanismos de comparación entre instituciones; esta comparación, se plantea como instrumento de referenciación que le permita a las organizaciones obtener reconocimiento, prestigio y seguramente otro tipo de incentivos. Los pacientes tendrán entonces, mecanismos de apoyo para realizar la libre elección de las organizaciones que consideren idóneas y excelentes para la atención de sus necesidades.

En éste capítulo, revisaremos algunos de los métodos de evaluación y mejora de la calidad que se han implementado a nivel mundial y las mas importantes experiencias en su implementación.

2. METODOLOGÍAS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD.

El enfoque de la calidad en salud, ha evolucionado de ser considerado como el contenido del servicio prestado, a la forma como el servicio es prestado y gestionado. Este énfasis, es particularmente evidente en Europa a causa del aumento en la consciencia sobre la calidad en todos los niveles, del cambio en la forma como se financian actualmente los servicios de salud y de la creciente expectativa de los usuarios con respecto a mejores servicios. Con el fin de satisfacer las demandas crecientes de responsabilidad de parte de los consumidores y de aquellos que financian servicios de salud, el sistema de revisión externa por pares(4), ha sido empleado como herramienta para medir y comparar los servicios de salud a través de resultados *estándar*, esperados como consecuencia del mejoramiento organizacional.

Se identifican cuatro modelos principales de revisión externa por pares, aplicados en los servicios de salud europeos, los cuales apuntan a la medida de la calidad en la gestión y prestación de los servicios de salud(4), ellos son: la acreditación, la Organización Internacional para la Estandarización ISO 9000 (the International Organization for Standardization, ISO), el Modelo de la Fundación Europea para la Calidad (The European Foundation for Quality Management, EFQM) y el *Visitatie*, que en alemán corresponde a visitas o esquemas basados en revisión por pares. Los cuatro modelos tienen orígenes diferentes:

- El EFQM surgió en Europa en 1988, creado por los presidentes de 14 importantes compañías europeas con el apoyo de la Comisión de la Unión Europea. Tiene 600 organizaciones miembros en toda Europa, desde las compañías multinacionales más importantes hasta unidades de investigación en universidades, y es usado ampliamente en el sector de la salud(5).
- El modelo de Acreditación, surgió en Estados Unidos en 1917 con el Programa de Estandarización de Hospitales, iniciado por el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos), con el fin de conceder el reconocimiento

apropiado a los servicios con estándares altos de calidad y para estimular el mejoramiento en aquellos que tienen estándares inferiores. El origen de la acreditación está firmemente relacionado con el área de la salud, dando reconocimiento a la importancia de los buenos procesos organizacionales que sostienen la práctica clínica. Este modelo operacional, es ampliamente usado en el mundo (6, 7).

- La ISO, tuvo sus orígenes en el Reino Unido, con el diseño de estándares en la ingeniería para defensa y la industria manufacturera. La aplicación de la ISO 9000 en el sector de la salud, no se acepta universalmente, es así como algunas asociaciones médicas y aseguradoras alemanas en enero de 1996, expresaron que la certificación de hospitales por los estándares ISO no era la manera correcta de evaluar la calidad de los procesos clínicos y asistenciales en salud, ya que estos estándares no ofrecen la debida atención al impacto de los servicios de salud en la población, a los resultados clínicos o a la orientación de los equipos de trabajo en atención a las necesidades y expectativas de los usuarios(4). Sin embargo, este modelo ha llegado a ser popular en Europa y el sector de la salud lo aplica frecuentemente.
- El modelo *Visitatie*, fue implementado por las asociaciones médicas en los Países Bajos en 1992, como una revisión por pares para el registro de los miembros. Este modelo tuvo su origen, directamente en la profesión médica y se basa en estándares explícitos, compartiendo algunos en común con la acreditación, pero dirigido a mejorar la calidad del cuidado de los pacientes, al enfocarse en el desempeño profesional de los individuos y grupos clínicos sin conceder certificado de logros. El modelo es usado ampliamente en los Países Bajos(4).

En Europa, el modelo mas aplicado es el ISO, seguido por el de la Acreditación, el EFQM y el *Visitatie*. La popularidad del modelo ISO, puede deberse a su reconocimiento internacional y a la posibilidad de aplicarlo tanto a nivel sistémico como en departamentos o unidades dentro de una institución; sin embargo, pocos hospitales han implementado en

toda la institución dichos estándares, ya que la aplicabilidad del modelo puede cambiar al adaptar la ISO 9000 según los procesos, constituyéndose en una aproximación mas particular que en un modelo sistémico, mientras que la Acreditación, es un modelo diseñado para aplicarse en toda la organización. En el caso del modelo EFQM, se ha usado en la mayoría de los países europeos por las organizaciones del sector salud, para la auto evaluación; Se ha utilizado en servicios de hospitalización, consulta externa, clínicas de cuidado crítico y de rehabilitación, servicios especializados y de cuidado primario.

A continuación revisaremos brevemente el modelo de la EFQM, la Acreditación y el modelo ISO:

2.1 MODELO DE LA FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA CALIDAD (EFQM)

El modelo de excelencia de la EFQM, propone un sistema de criterios a evaluar, que pueden ser aplicados a una organización en su conjunto o a las diversas unidades funcionales, que cuenten con autonomía de gestión dentro de ellas. Este modelo se basa en el concepto de gestión de la calidad y como tal, comprende los elementos para gestionar una organización con el enfoque hacia la excelencia.

En 1988, fue fundada una entidad sin ánimo de lucro por los presidentes de 14 grandes empresas europeas, con el respaldo de la Comisión de la Unión Europea y de la Organización Europea para la Calidad. Los miembros fundadores, desarrollaron un modelo multidimensional de la gerencia de la calidad, cuya misión es ser “la fuerza directriz para la excelencia sostenida en organizaciones Europeas”, llamado el modelo EFQM; este modelo introdujo los principios de la auto evaluación y el programa del premio Europeo para la calidad(4,8). El modelo EFQM, es un modelo integral para estructurar y revisar el manejo de la calidad en las organizaciones, basado en los siguientes elementos esenciales: la auto evaluación, la comparación con organizaciones similares, la evaluación externa y el programa del premio Europeo para la Calidad. La gerencia de la calidad, como parte integral de todas las funciones profesionales y gerenciales en todos

los niveles de la institución, constituye parte importante del modelo EFQM, enfocándose en el desarrollo organizacional y el mejoramiento continuo para optimizar el desempeño de las instituciones. La esencia de éste enfoque, consiste en encontrar las expectativas, necesidades y demandas de los usuarios e inversionistas.

Desde 1993, el modelo es sometido a revisiones anuales y en 1999, se presenta el modelo de excelencia utilizado actualmente y cuya última revisión, fue realizada en el año 2003(9). El nuevo modelo EFQM, comparado con el modelo de 1999, presenta algunas diferencias, específicamente, en el número de criterios y aspectos a los cuales da más relevancia: los resultados, el desempeño, los clientes y los inversionistas. Este enfoque, se alinea conceptualmente con las ideas formuladas por Donabedian, es decir, con los conceptos de estructura, proceso y calidad del resultado, los cuales encajan perfectamente con los nueve criterios del modelo EFQM, los cuales se señalan a continuación:

Criterios facilitadores: liderazgo, personas, políticas y estrategias, alianzas y recursos, procesos.

Criterios de resultados: resultados en las personas, resultados en los clientes, resultados en la sociedad y resultados claves del desempeño.

Estos nueve criterios, se encuentran en estrecha relación con ocho conceptos fundamentales (ver tabla 1), 32 subcriterios (ver tabla 2) y un sistema de medición(5) (ver figura 1), que apuntan a prácticas sobresalientes en la gestión de la organización, al logro de resultados y a la gestión de la calidad total. En consecuencia, la evaluación de la calidad de una organización, se basa en la aplicación de los criterios, de los conceptos fundamentales y los subcriterios del enfoque EFQM y en la aplicación del instrumento de medida llamado RADAR (del inglés: Results, Approach, Deploy, Assess, Review), traducido al español como REDER (Resultados-Enfoque-Despliegue-Evaluación-Revisión). Este instrumento, es una modificación del ciclo de Deming (P-D-C-A del inglés plan-do-check-act; en español planear, desplegar, controlar y actuar).

El instrumento REDER de evaluación, se aplica a cada uno de los criterios y subcriterios. Los criterios de resultados, se evalúan en una escala de cinco valores (0-25-50-75-100%), de acuerdo a cinco niveles que califican los logros en tendencias, objetivos, comparaciones con organizaciones similares, causas identificables con iniciativas de gestión en la organización y alcance de los resultados(8). Los criterios facilitadores, serán valorados de acuerdo a su enfoque (fundamentación sólida e integración), despliegue (implementado y sistemático), evaluación y revisión (medición, aprendizaje y mejora).

Se fija una calificación en puntos a los criterios y subcriterios, según la importancia que les da el modelo. La puntuación máxima que puede obtenerse es de 1000 puntos, que correspondería a una organización excelente según este modelo (ver figura 2). El Modelo de Excelencia, provee un marco de trabajo conceptual gráfico, el cual es usado tanto como herramienta de auto evaluación, como para evaluación externa por pares, con el fin de alcanzar el Premio Europeo a la Calidad o los premios nacionales a la calidad.

La autoevaluación en este modelo, se constituye en un elemento importante y clave en el aprendizaje y mejoramiento de una organización, por medio del cual se lleva a cabo una revisión global, sistemática y periódica de las actividades y resultados, en relación al modelo de excelencia en la gestión. La auto evaluación, permite a las organizaciones distinguir sus puntos fuertes y sus áreas de mejora, y culmina en acciones de mejora planificadas.

En conclusión, el modelo EFQM se caracteriza por ser un enfoque más amplio y genérico para la gestión de la calidad, el cual puede ser utilizado en todo tipo de organizaciones (manufactura y servicios), sin tener en cuenta el sector, el tamaño, la estructura o la madurez de éstas empresas; lo anterior, lo hace muy atractivo para las organizaciones del área de salud, que esperan posicionar sus instituciones con una excelente reputación en el contexto de la industria del servicio. Sin embargo, debe tenerse en cuenta, que por tratarse de un modelo, debe proyectarse y planearse conscientemente, ya que puede convertirse en un obstáculo, compuesto por un número exagerado de reuniones, papeleo y trámite, sin obtener resultados contundentes. Además, la implementación no se da en

forma inmediata, se trata entonces de un camino que la organización debe recorrer, de acuerdo a sus necesidades y proyecciones.

Tabla 1. BASES CONCEPTUALES DEL MODELO EFQM: LOS OCHO FUNDAMENTOS DE LA EXCELENCIA	
CONCEPTO FUNDAMENTAL	SIGNIFICADO
1. ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS	La excelencia depende del equilibrio y la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés relevantes para la organización (clientes internos y externos, proveedores, accionistas, sociedad en general).
2. ORIENTACIÓN AL CLIENTE	El cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio. El mejor modo de optimizar la fidelidad del cliente y el incremento de la cuota de mercado es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.
3. LIDERAZGO Y COHERENCIA EN LOS OBJETIVOS	El comportamiento de los líderes de una organización suscita en ella claridad y unidad en los objetivos, así como un entorno que permita a la organización y a las personas que la integran alcanzar la excelencia.
4. GESTIÓN DE PROCESOS Y HECHOS	Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones operativas y mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos los grupos de interés.
5. DESARROLLO E IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS	El potencial de cada uno de los procesos de la organización aflora mejor si existen valores compartidos y una cultura de confianza y asunción de responsabilidades que fomentan la implicación de todos.
6. APRENDIZAJE, INNOVACIÓN Y MEJORA CONTINUOS	Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura general de aprendizaje, innovación y mejora continuos.
7. DESARROLLO DE ALIANZAS	La organización trabaja de un modo mas efectivo cuando establece con sus socios unas relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, compartir conocimientos y en la integración.
8. RESPONSABILIDAD SOCIAL	El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y la normativa de la sociedad en su conjunto.

Tomado del Análisis de las organizaciones sanitarias con el modelo de la Fundación Europea para la calidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud (5), el cual fue adaptado de EFQM: Ocho fundamentos de la Excelencia. Conceptos fundamentales y sus beneficios. www.efqm.org.

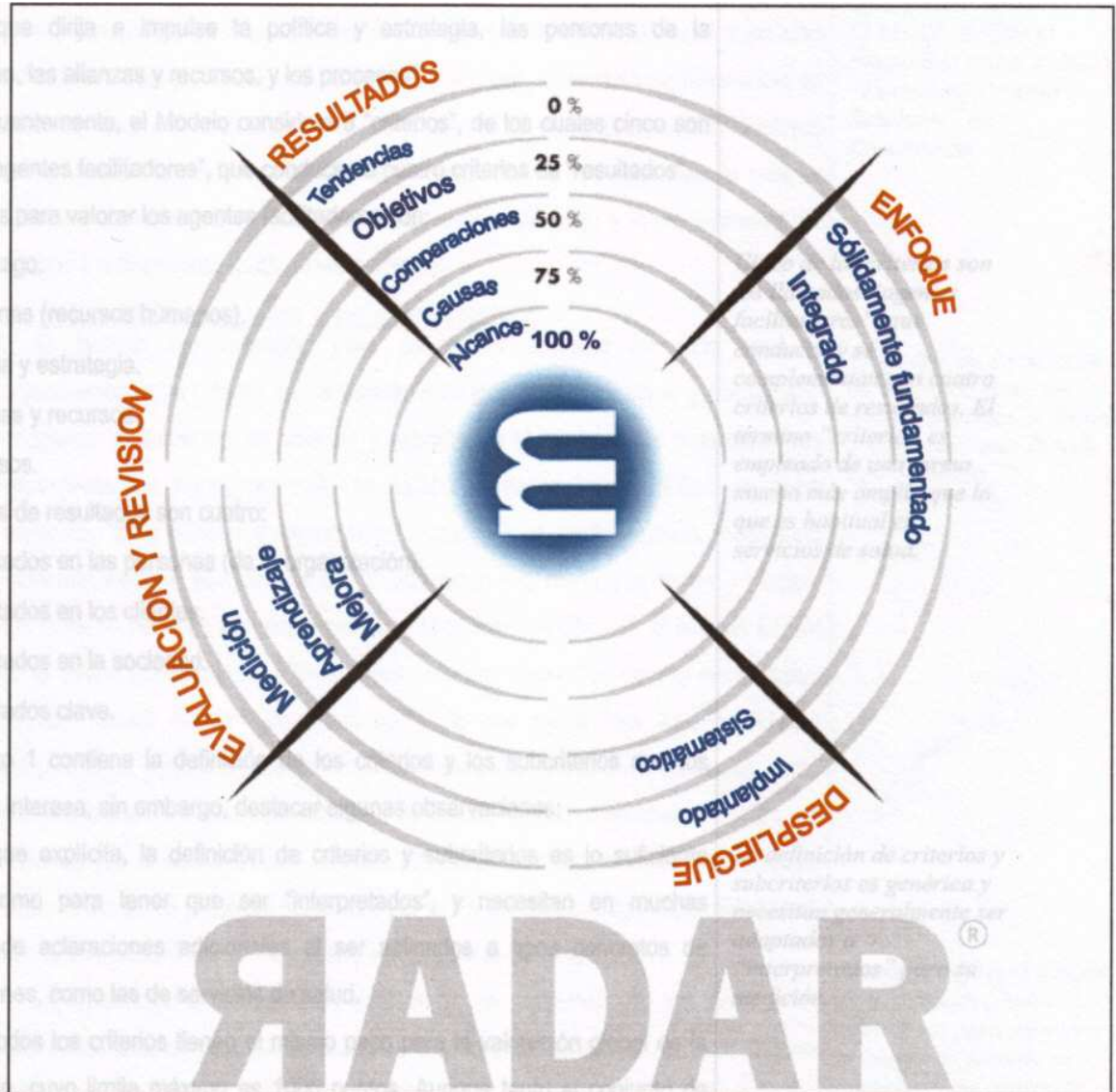
**Tabla 2. ELEMENTOS A EVALUAR DEL EFQM :
NUEVE CRITERIOS Y 32 SUBCRITERIOS**

	CRITERIOS	SUBCRITERIOS
CRITERIOS FACILITADORES	1. LIDERAZGO	1a. Los líderes desarrollan la misión, la visión, los valores y Principios éticos y actúan como modelo de una cultura de Excelencia.
		1b. Los líderes se involucran personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización.
		1c. Los líderes interactúan con clientes, socios y representantes de la sociedad.
		1d. Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización.
		1e. Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.
	2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA	2a. La política y la estrategia se basa en las necesidades y expectativas, actuales y futuras, de los grupos de interés.
		2b. La política y la estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.
		2c. La política y la estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.
		2d. La política y la estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos claves.
	3. PERSONAS	3a. Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.
		3b. Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.
		3c. Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización.
		3d. Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.
		3e. Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.
	4. ALIANZAS Y RECURSOS	4a. Gestión de las alianzas externas.
		4b. Gestión de los recursos económicos y financiero.
		4c. Gestión de los edificios, equipos y materiales.
		4d. Gestión de la tecnología.
		4e. Gestión de la información y el conocimiento.
	5. PROCESOS	5a. Diseño y gestión sistemática de los procesos.
5b. Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.		
5c. Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y		

		expectativas de los clientes.
		5d. Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.
		5e. Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.
CRITERIOS DE RESULTADO	6. RESULTADOS EN LAS PERSONAS	7a. Medidas de percepción.
		7b. Indicadores de rendimiento.
	7. RESULTADOS EN LOS CLIENTES	6a. Medidas de percepción.
		6b. Indicadores de rendimiento.
	8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	8a. Medidas de percepción.
		8b. Indicadores de rendimiento.
	9. RESULTADOS CLAVES DEL DESEMPEÑO	9a. Resultados claves del rendimiento de la organización.
		9b. Indicadores claves del rendimiento de la organización.

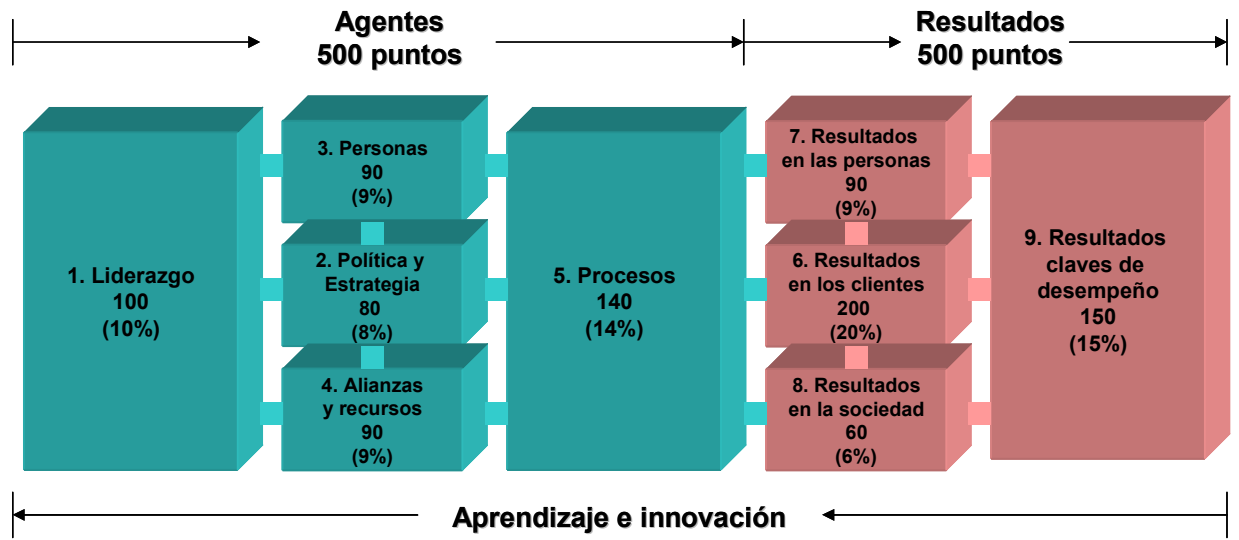
Adaptado de Modelo EFQM de excelencia. www.efqm.org.

FIGURA 1. EL ESQUEMA DE LA EVALUACIÓN REDER



Tomado del Análisis de las organizaciones sanitarias con el modelo de la Fundación Europea para la calidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 8: Diagnóstico Organizacional Unidad temática 43 (5) .

FIGURA 2. EL ESQUEMA DE PUNTAJES DISTRIBUIDOS POR CRITERIOS



Adaptado de EFQM: Ocho fundamentos de la Excelencia. Conceptos fundamentales y sus beneficios. www.efqm.org.

2.2 ACREDITACIÓN

La Acreditación es una metodología de evaluación externa que provee un marco de trabajo comprensivo para la gestión de la calidad en una organización, expandiendo los límites del liderazgo y la gestión de la calidad, mediante la estimación de estándares asistenciales y de apoyo en las instituciones.

La preocupación por la aplicación de la calidad en materia de atención en salud, no es un asunto reciente. A finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, una enfermera (Florence Nightingale) y un médico (Ernest Codman) desafiaron a una sociedad autoritaria y costumbrista con ideas visionarias e innovadoras que buscaban modificar las prácticas del cuidado de la salud, mediante el seguimiento de normas de higiene básicas, disminución de la propagación de organismos infecciosos, análisis estadísticos, representaciones gráficas y análisis de resultados, permitiendo finalmente, la identificación de circunstancias a perfeccionar y así mejorar la calidad de la atención de los pacientes(10).

El movimiento moderno por la garantía de la calidad, se inició en el año 1917 en los Estados Unidos, con el Programa de Estandarización de Hospitales impulsado por el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos). Posteriormente, en 1951, varias asociaciones médicas y hospitalarias de Estados Unidos y una asociación médica canadiense, crearon la Joint Commission on Accreditation of Hospital - JCAH (Comisión Conjunta de Acreditación para Hospitales); sin embargo, en 1959, la asociación médica canadiense se retiró de la JCAH y a partir de esa fecha, realiza el proceso de acreditación a través del Consejo Canadiense de Acreditación(7).

El nombre de la JCAH fue cambiado en 1987 al de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones Prestadoras de Servicios de Salud), ya que no sólo abarcaba instituciones hospitalarias, sino que incluía otras instituciones prestadoras de servicios de salud(7). El programa organizacional de la JCAHO fue diseñado para permitir

comparaciones internacionales difíciles bajo los otros modelos, debido a las variaciones específicas en y entre países(6).

En 1995, en Australia se estableció un organismo que homologa la acreditación a nivel internacional. Se trata de una organización independiente, sin ánimo de lucro, llamada International Society for Quality in Health Care -ISQua (Sociedad Internacional para la Calidad), la cual tiene miembros en cerca de setenta países. Esta organización, homologa a través de estándares para los entes acreditadores y establece principios, para el desarrollo de pautas de acreditación en salud; finalmente, el proceso internacional de acreditación se lleva a cabo mediante evaluaciones periódicas a los países participantes y culmina con la expedición, de los certificados internacionales de acreditación (11).

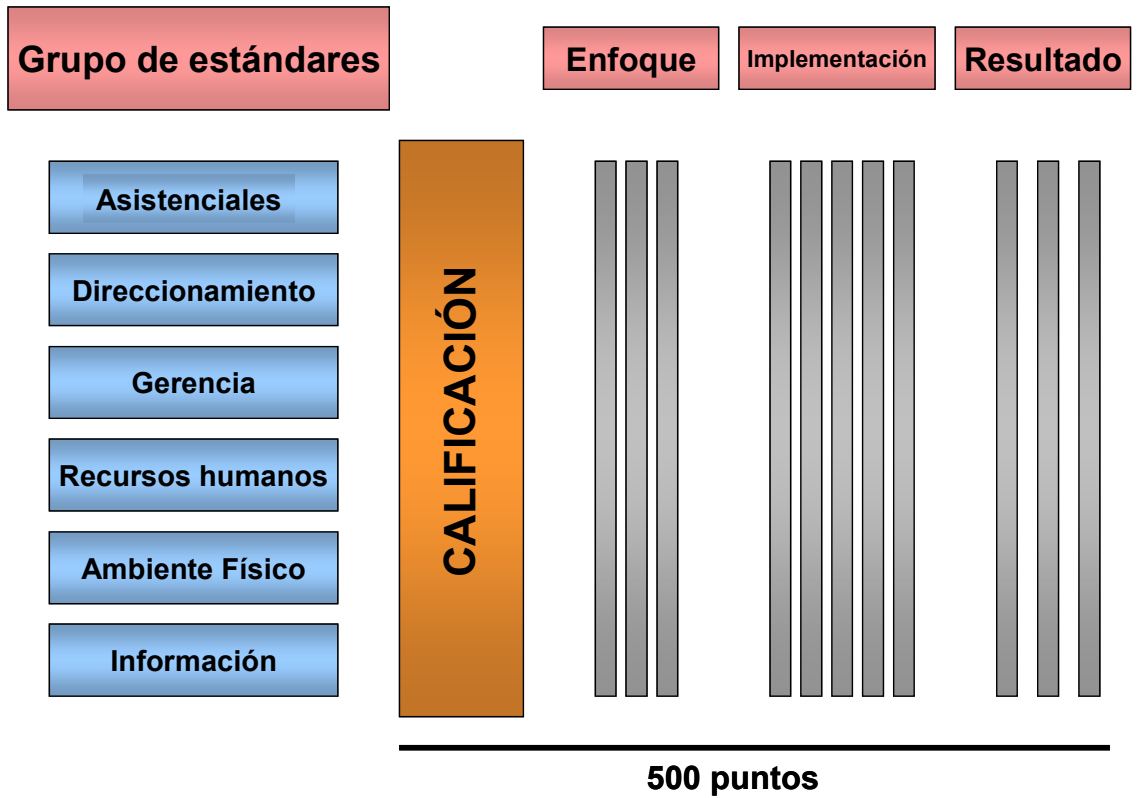
La acreditación en salud, es “un proceso voluntario y periódico de auto evaluación interna y revisión externa, de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente, en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función”(12). La acreditación de las organizaciones del área de la salud, ha sido vista como una herramienta extremadamente útil para establecer estándares internacionales y nacionales, con el fin de reducir las variaciones en el ejercicio de la medicina, eliminar prácticas inadecuadas en los servicios de salud y racionalizar costos. La base principal de la acreditación, es la auto evaluación, mediante la cual se lleva a cabo la comparación con los estándares de toda la organización, teniendo como punto de referencia al usuario y a los procesos asistenciales.

Por medio de esta metodología, se evalúa la capacidad que tiene una organización para producir buenos resultados, mediante la creación y mantenimiento de sistemas y procesos necesarios, para evaluar y monitorear estándares asistenciales y estándares de apoyo (direccionamiento, gerencia, recursos humanos, ambiente físico e información) (ver figura 3). Posterior a la evaluación, se da la calificación, cuyo valor máximo es de 500 puntos, el cual correspondería a una institución perfecta (ver tabla 3).

Todo este movimiento en procura de la calidad de los servicios de salud, se hizo particularmente evidente en Latinoamérica a finales de la década de los ochenta, dadas las circunstancias de pobreza, desigualdad en el acceso a los servicios de salud, persistencia de fallas en los procesos y en las actividades de evaluación, lo cual en conjunto se traduce en calidad deficiente. Tales problemas, han impulsado desde 1990 la reforma a los servicios de salud dirigidas a la entrega equitativa de servicios de salud, seguros y de alta calidad (13). Colombia no es ajena a esta realidad y es así como en la década de los 90, se elaboró un Manual de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, por el entonces Ministerio de Salud con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y de otras organizaciones. La Ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227, establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, fue definido mediante el Decreto 2309 de 2002 y el sistema único de acreditación se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002, como uno de los componentes del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud, definido por el Decreto 1011 de 2006. Los estándares a evaluar, se establecieron en la Resolución 1445 de 2006. En nuestro país, el objeto de todos los cambios que se han generado en la concepción y práctica de la calidad en salud, buscan garantizar mayor seguridad en la atención de los usuarios, con niveles altos de calidad en la estructura, en los procesos y en los resultados, proporcionando información clara, verídica y concisa a los usuarios, para que estos puedan tomar decisiones informadas. Además, se busca fortalecer la competitividad de las organizaciones, generando así la posibilidad de exportar servicios de salud con excelentes estándares de calidad.

FIGURA 3. MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES



Tomado de la presentación: Acreditación en salud de Carlos Edgar Rodríguez H, Director.
Bogotá 14 de febrero de 2007 (14).

TABLA 3. ESQUEMA DE CALIFICACIÓN PARA OTORGAMIENTO

CATEGORIAS DE ACREDITACIÓN	
Acreditado con Excelencia	Mayor de 400 puntos
Acreditado	Entre 280 y 399 puntos
Acreditación Condicionada	Entre 200 y 279 puntos
No Acreditado	Menor de 200 puntos

Tomado de la presentación: Acreditación en salud de Carlos Edgar Rodríguez H, Director.
Bogotá 14 de febrero de 2007 (14).

2.3 NORMAS ISO

Las normas ISO son un conjunto ordenado y explícito de normas y estándares de la gestión de la calidad, establecidas por La Organización Internacional para la Estandarización (ISO), que se han venido aplicando a cualquier tipo de organización, especialmente en la industria. Aparecen por primera vez en 1987, teniendo como base una norma estándar Británica (BS), y se extendió principalmente a partir de su versión de 1994.

Las normas ISO 9000 de 1994, se diseñaron principalmente para organizaciones que realizaban procesos productivos y, por tanto, su implementación en empresas de servicios era de difícil adaptación, ya que se trataba de un sistema bastante burocrático; con la revisión en el año 2000 se tiene una norma menos burocrática para cualquier tipo de organización, que puede ser aplicada sin problemas en empresas de servicios e incluso en la Administración Pública.

Para verificar que se cumple con los requisitos de la norma, existen unas entidades de certificación que dan sus propios certificados y permiten el sello. Estas entidades, están vigiladas por organismos nacionales que les dan su aval y respaldo.

Para la implementación de la norma ISO, es muy conveniente que la organización se apoye en una empresa de consultoría especializada, y que ésta cuente, con el firme compromiso de la dirección de querer adoptar el sistema, ya que es necesario, dedicar tiempo del personal de la empresa para llevar a cabo la implementación del sistema de calidad.

La versión del año 1994, pretendía que los procesos estuvieran interrelacionados y que asumieran una conceptualización estática, mientras que con la versión del 2000 esto cambió; se propuso una versión, con una visión más integral y dinámica de mejora continua, orientada a que el cliente pueda sentirse satisfecho con lo que se le brinda. Con la versión 2000, el sistema de calidad debe demostrar que la organización es capaz de:

suministrar un producto o servicio de manera consistente, cumplir con los requisitos de los clientes y las reglamentaciones correspondientes, lograr una satisfacción del cliente mediante la aplicación efectiva del sistema, incluyendo la prevención de no-conformidades y el proceso de mejora continua.

Esta nueva versión del sistema de calidad, consiste en 4 principios, que se agrupan en cuatro subsistemas de gestión de calidad, los cuales se deben conformar en la organización que decida adoptar éste modelo de calidad. Los principios son:

Responsabilidad de la dirección - Gestión de los recursos - Realización del producto o servicio - Medición, análisis y mejora.

Esta versión, incluye mejoras como: facilitar la comunicación entre la organización y los clientes, Incluir nuevos elementos como la información, comunicación, infraestructura y protección del ambiente de trabajo, adaptar la terminología.

En resumen, los estándares de la metodología para la gestión de la calidad bajo las normas ISO, se basan en los siguientes criterios: enfoque dirigido al cliente, liderazgo, enfoque basado en procesos, enfoque del sistema hacia la gestión, participación de todo el personal, mejora continua, relación mutuamente beneficiosa con los proveedores y el enfoque objetivo hacia la toma de decisiones.

La certificación ISO, es una norma asociada a las buenas prácticas y a la mejora de la calidad, que encamina a las instituciones y a los trabajadores a brindar un servicio con excelente calidad, a mejorar continuamente y a satisfacer de manera constante las necesidades de sus clientes. Por otra parte, la norma les permite a los trabajadores de las instituciones, conocer sus funciones y obligaciones, tener una mayor comunicación y coordinar mejor los servicios entre sí.

En la actualidad, la norma ISO 9000:2000, viene siendo utilizada en establecimientos de salud del sector privado en España, Colombia, Cuba, entre otros países. Su aplicación, ha sido principalmente en los servicios de laboratorio clínico, de diagnóstico citológico y en las unidades de imágenes diagnósticas.

Los modelos de evaluación comentados anteriormente (Acreditación organizacional, La EFQM y la Certificación ISO), tienen en común el uso de:

- Aplicación de un grupo de criterios de evaluación, los cuales son revisados y aprobados o al menos sancionados por una autoridad reconocida.
- Evaluadores externos; enviados por una entidad establecida, la cual tiene la autoridad para evaluar o revisar comparando con un grupo de estándares o criterios preestablecidos. Las instituciones pueden solicitar asesores para aplicar los criterios deseados para la organización.

El modelo EFQM proporciona un marco de referencia más amplio y genérico comparado con los modelos más tradicionales aplicados en salud, ya que cubre la gestión de la calidad como parte integral de todas las funciones profesionales y de gestión en todos los niveles de la institución. Además, se enfoca sobre el desarrollo organizacional y el mejoramiento continuo sobre los cuales, la norma ISO y la Acreditación, también basan su enfoque. La Acreditación, además de incentivar el manejo de buenas prácticas, permite un enfoque sistémico comparable en y entre países.

Considerando los diversos modelos de evaluación que se han comentado, se puede concluir que todos los enfoques, conciben la organización como un conjunto de subsistemas relacionados y conectados entre sí y conceden una gran importancia al liderazgo, se centran en la satisfacción del cliente, organizan el trabajo como proceso, miden los resultados y fomentan además, la cultura de la excelencia y la mejora continua. Existen pocas diferencias entre los enfoques, centradas principalmente en la forma como se aplican los modelos de evaluación de la calidad y las matrices de calificación de los criterios o estándares.

En la tabla número 4 se describen brevemente otras metodologías de evaluación de la calidad que no se discuten en este capítulo y que son aplicadas en diferentes sectores de producción (manufactura o servicios).

TABLA 4. OTROS MODELOS DE EVALUACION DE CALIDAD

Modelo de evaluación	Modelo Deming	Modelo de Excelencia de la Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad (Premio Iberoamericano de la Calidad)	Modelo Baldrige (Malcolm Baldrige Quality Award, Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige)
Descripción	Edward Deming fue el creador del modelo, el cual fue desarrollado en Japón en 1951 por la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros. Este modelo recoge la aplicación práctica de las teorías japonesas del Control Total de la Calidad o Control de la Calidad en toda la empresa. Este método busca el perfeccionamiento o mejora continua mediante el control estadístico y la resolución de problemas. El objetivo principal de la evaluación es comprobar que mediante el control de calidad en toda la organización se obtienen buenos resultados; el enfoque de éste está básicamente en la satisfacción del cliente y el bienestar público (15).	La Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad (FUNDIBEQ), es un organismo sin ánimo de lucro fundado en 1998, cuya finalidad es mejorar la competitividad de las empresas y organizaciones de Iberoamérica a través de la calidad y de la excelencia como vía segura del progreso sostenible y bienestar social. Es aplicable a cualquier tipo de organización. Este modelo está basado en el Modelo EFQM, por lo tanto su esquema y criterios son similares (16).	El Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige se creó en Estados Unidos en 1987 en la sesión de Mejoramiento Nacional de la Calidad Malcolm Baldrige, Ley pública 100 -107 (17). Las finalidades de este modelo son promover la conciencia de la calidad, reconocer logros de calidad de compañías estadounidenses y publicar estrategias exitosas de calidad. Este premio busca impulsar el mejoramiento de la calidad mediante el liderazgo, la planificación estratégica y el enfoque en el cliente y el mercado (18).
Enfoque	-Control estadístico -Resolución de problemas -Mejora continua	-Facilitadores de la organización y de resultados -Liderazgo -Procesos -Resultados	-Liderazgo -Apoyo a la organización -Medición -Comparación con organizaciones similares
Criterios	-Políticas y objetivos -Organización y operatividad - Educación y su diseminación -Flujo de información y su utilización -Calidad de los productos y procesos -Estandarización Gestión y control -Garantía de la calidad de funciones, sistemas y métodos -Resultados -Planes para el futuro	-Liderazgo y estilo de dirección -Desarrollo de las personas -Política y estrategia -Asociados y Recursos Clientes -Resultados en los clientes -Resultados en las personas -Resultados en la sociedad -Resultados globales	-Liderazgo -Planificación estratégica -Enfoque al cliente y mercado -Medición, análisis y dirección del conocimiento -Enfoque a los recursos humanos -Dirección de procesos -Resultados económicos y empresariales
Países en los que se aplica	Japón	Ibero América	Estados Unidos

3. EXPERIENCIAS

3.1 ARGENTINA

El proyecto de Acreditación, fue prolongado y difícil de desarrollar, comprendió el período desde finales de 1970 hasta 1990, correspondió en principio a un estado inicial en el cual, básicamente se publicaron varias revisiones bibliográficas y se desarrollaron varios ensayos sobre estándares de calidad (19).

En 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y La Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), acordaron un incentivo especial para promover los métodos de Acreditación y propusieron los lineamientos iniciales. Simultáneamente se firmaron acuerdos entre las asociaciones de proveedores y financiadores del sistema de seguridad social, como resultado, se organizó la comisión para calidad en salud, desarrollando un marco de trabajo dentro de los principios propuestos por la comisión. Desafortunadamente en 1991, cambiaron las autoridades de salud y la comisión perdió el apoyo, colapsando antes de iniciar su programa de acreditación.

El reto para continuar el proyecto originado en un gran grupo de organizaciones privadas de salud, continuo con acuerdos que involucraran hospitales, proveedores de salud, entidades financieras y sociedades científicas, dando lugar a la creación en 1993, a una organización civil, no gubernamental sin ánimo de lucro, denominada Instituto Técnico para la Acreditación de Organizaciones de salud (ITAES).

Para revisar las herramientas existentes a lo largo del país, el ITAES trabajó con varios expertos en calidad de salud y con el soporte de otras organizaciones. Los estándares de acreditación, incluyeron cerca de 40 servicios y actividades, evitando descripciones detalladas y excesivas, dirigiéndose con prioridad, a seleccionar los criterios más representativos, simples y prácticos.

En la actualidad, estos estándares son aplicados sólo en instituciones de cuidado crítico. La principal dificultad que ellos encontraron, fue una confusión entre acreditación y categorización, estas dos modalidades de evaluación de acuerdo a sus objetivos son complementarias; mientras la acreditación establece criterios integrales de calidad, la categorización estratifica la organización dependiendo de su complejidad o su riesgo vital.

Para el proceso de acreditación, se diligencia un formato de requerimiento de ésta, el cual es verificado con respecto a si satisface o no los estándares preliminares para que se pueda continuar con la visita de los evaluadores. Durante las visitas, se evalúan los requerimientos de acuerdo a los estándares mediante un formato operativo, que incluye resultados y observaciones. Finalmente, la información que se recolecta de dicha visita, es procesada por un software que arroja los resultados que permiten tomar decisiones. La evaluación, contempla 40 estándares, los cuales comprenden 675 puntos que son respuestas de si o no.

Las personas que llevan a cabo las evaluaciones, requieren de un entrenamiento previo de 16 horas, incluyendo prácticas en grupo; estas personas deben tener un título universitario en el área de la salud o en una disciplina relacionada. De acuerdo al código de ética del sistema, evalúan instituciones de lugares diferentes de los cuales provienen los evaluadores.

Los resultados de éstas evaluaciones, pueden arrojar varias opciones: no acreditado, acreditado temporalmente (1 año), acreditado completamente (2 años la primera vez y luego 3 años) y acreditación con méritos.

3.2 BRASIL

Debido a la extrema diversidad de las condiciones económicas, sociales y de salud que se dan en este país, la aproximación más factible a los temas de calidad, se daría a través del concepto de Mejoramiento Continuo de la Calidad. En vista de esto, el Ministerio de Salud inició un programa para la calidad en 1995, el cual incluyó cinco estrategias (20):

- **El uso de indicadores de resultado, que debían definirse tanto a nivel del servicio como a nivel de la comunidad.**

Un buen ejemplo del uso de estos indicadores, es el que se da en el Program of Community Health Workers (Programa de trabajadores de salud en la comunidad), patrocinado por el Ministerio de salud y desarrollado por los gobiernos locales y las comunidades de las áreas más pobres del país, cubriendo cerca de 3700 familias. Este programa tiene como objetivos principales la población materna e infantil y

utiliza para el seguimiento indicadores tales como: madres que amamantan 4 meses después del parto, proporción de niños desnutridos menores de un año, proporción de bajo peso al nacer, tasas de mortalidad neonatal, tasas de mortalidad infantil y la proporción de muertes en mujeres de 10-49 años de edad. La información es obtenida y analizada periódicamente, lo cual permite la toma de medidas correctivas oportunas, resultando en una disminución anual cercana al 10% en las tasas de mortalidad infantil.

Otro ejemplo, lo constituye el programa "*Right to be born right*", iniciado en Río de Janeiro en 1995 por el Departamento de Salud de la Ciudad, a través de los centros de maternidad municipales. El programa monitorea regularmente las muertes maternas y perinatales que ocurren en los centros de maternidad mencionados y de acuerdo a los análisis, implementan medidas correctivas que conducen a la disminución anual de las muertes perinatales.

- **La creación de un programa de acreditación nacional.**

El establecimiento de un programa voluntario, diferente a los requerimientos exigidos por el Ministerio de salud y otras instituciones gubernamentales, da lugar a la opción del programa de acreditación.

Las primeras iniciativas sobre la implementación de la acreditación, surgen en 1986, cuando el Brazilian College of Surgeon (Colegio Brasileiro de Cirujanos), instituyó el Special and Permanent Committee for Qualification of Hospital (Comité Especial y Permanente para la Calificación de Hospitales), para certificar el entrenamiento de nuevos cirujanos y la calidad de los hospitales. Posteriormente, la OPS y la FLH mediante un programa de acreditación de hospitales, crean un manual para evaluación, el cual se aplicó desde 1995.

En 1994, se crea un programa para la evaluación y certificación de calidad de servicios de salud por parte de la Academia Nacional de Medicina, el Colegio Brasileiro de Cirujanos y la Universidad Estatal, como el primer paso hacia la organización de una agencia de acreditación. A estas organizaciones en 1997, se unió la Fundación Cesgranrio (Fundación establecida por las universidades de Río de Janeiro para evaluar los procesos de educación). En 1998, las 4 instituciones

mencionadas anteriormente, formaron el Brazilian Consortium for Accreditation of Health Care Systems and Services (CBA) (Consortio Brasileiro para la Acreditación de Sistemas y Servicios de Salud), el cual se estableció bajo estándares propuestos por la JCAHO, los cuales se centran en 2 aspectos: estándares enfocados en los pacientes (derechos de los pacientes, ética organizacional y salud, acceso y cuidado continuo, evaluación de pacientes y cuidado de los pacientes) y en la organización (mejoramiento de la calidad, liderazgo, clima organizacional, equipo médico, gestión de enfermería y recurso humano, gestión de la información, vigilancia, prevención y control de infecciones).

En 1997 el Presidente y el Ministro de Salud del Brasil, lanzaron el programa “1997/98 – El año de la salud en Brasil”, el cual impulsó políticas gubernamentales, acciones y metas de alta prioridad para mejorar la calidad de los servicios de salud. El Ministerio de Salud, propuso coordinar los procesos de evaluación de calidad en hospitales públicos y privados, mediante una comisión nacional para la acreditación de hospitales. Esta propuesta, buscó consolidar las diferentes iniciativas del estado a través del uso común de criterios para la evaluación de la calidad (13).

- **Impulsar el uso de herramientas de mejoramiento de la calidad por parte de los prestadores de servicios de salud.**

A mediados de 1970 se inició el movimiento por la calidad en los sectores productivos del Brasil. En 1990 el gobierno creó el programa brasileiro de la calidad y productividad cuya orientación se centró en la calidad de los procesos en la industria, este alcance se amplió en 1996 al incluir otras prioridades, dentro de las cuales se consideró la calidad de vida.

- **Desarrollar guías clínicas básicas de acuerdo a los problemas prioritarios de salud según la frecuencia, costo y la relevancia social.** Además, deben desarrollarse programas de formación continua relacionados con los problemas prioritarios y las guías de manejo.

El Ministerio de Salud, generalmente proporciona las guías, sin embargo a partir de 1994, algunas sociedades médicas empezaron a publicar guías, con el fin de disminuir las variaciones en la práctica clínica y mejorar los servicios de salud.

- **Propiciar una participación activa de la comunidad**, de tal manera que esta aporte al adecuado mejoramiento de la calidad, mediante diversos métodos de evaluación.

Las actividades en el campo de la protección de los consumidores, no están aún bien desarrolladas en el Brasil. En Sao Paulo, se creó en 1988 el Instituto Brasileiro de Defensa del Consumidor, el cual evalúa periódicamente los productos y servicios relacionados con el área de la salud. En 1997, el gobierno propuso una ley para regular los planes privados de salud en el país. Gracias a éstas iniciativas, se ha incrementado la participación activa de la comunidad a nivel municipal y de los estados.

Dada la gran diversidad de éste país, no es posible establecer una única estrategia para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud; como se expuso anteriormente, se utilizan diferentes aproximaciones, cuyas combinaciones pueden dar lugar a un mejor logro de la calidad, el cual se encuentra apoyado por el interés de la comunidad, de los prestadores de los servicios de salud, de los inversionistas y del estado.

3.3 PAISES BAJOS

Los países bajos fueron unos de los primeros en fundar un instituto nacional de la calidad, The Instituut Nederlandse Kwaliteit, a través del cual se promovió el modelo EFQM y se inició el premio nacional holandés. El instituto adaptó los lineamientos del EFQM, e inició programas de educación en los cuales enfatizó especialmente sobre la autoevaluación, razón por la cual el modelo Holandés es llamado el modelo de la autoevaluación; además introdujo la relación entre el desarrollo organizacional, el perfil y la calidad de la interrelación entre de los diferentes criterios de evaluación (Quality-web) (8).

Históricamente, los países bajos se han interesado en programas para los profesionales de la salud, enfocados en la auditoría, diseño de guías y registros y en procedimientos de

evaluación externa por pares (Visitatie), lo cual ha estado apoyado por las políticas del estado.

En 1990, como resultado de las conferencias nacionales en políticas de calidad, se propuso que todas las instituciones de salud deberían desarrollar un sistema de calidad. En 1995 se realizó una evaluación entre 1594 las instituciones de salud, con el fin de medir el progreso en la implementación del sistema de calidad. Dicha evaluación, fue respondida por el 74% de los participantes y los resultados mostraron, que el 13% de las instituciones tenían un sistema de calidad implementado y un 59% había iniciado parcialmente su sistema.

El Parlamento Holandés en 1996, respaldó la iniciativa de las conferencias nacionales mediante una ley de calidad, la cual se orienta al paciente y al mejoramiento de la eficiencia y efectividad de los servicios. En el año de 1998, se lleva a cabo una nueva evaluación entre los 20 mejores hospitales, la cual mostró que 13 de ellos, tenían como modelo de calidad el EFQM.

El instituto de calidad (The Instituut Nederlandse Kwaliteit), creó 2 guías para las organizaciones de salud (posicionamiento y mejoramiento; autoevaluación), la primera guía, permite a las instituciones llevar a cabo una revisión rápida de su gestión de la calidad sobre los nueve criterios y subcriterios. En ésta guía, se incluyeron algunas características del modelo EFQM, las cuales corresponden a las cinco fases del desarrollo organizacional (fase orientada al producto, al proceso, al sistema, a la cadena y a la calidad total), estas fases se encadenan y se presentan en un orden consecutivo para finalmente, apoyar la interpretación de los resultados de la evaluación. La segunda guía, incorpora las ideas y principios de la gestión de la calidad, aplicándolos en organizaciones que ya han llevado a cabo un auto evaluación.

Además se introdujo, otra modificación al modelo EFQM, la cual consistió en dos representaciones gráficas de los resultados de auto evaluación, facilitándole a las instituciones tomar decisiones sobre aspectos prioritarios para los proyectos de calidad y comparar entre las diferentes evaluaciones.

3.4 Australia

En el año de 1997 el *Australasian College for Emergency Medicine* (ACEM), envió un cuestionario sobre gestión de la calidad a los Directores de los Departamentos de Emergencias Acreditados para entrenamiento en Post-grado por el ACEM. Mediante este cuestionario, se pretendió evaluar la presencia de estructuras específicas e indicadores de procesos de gestión de calidad y las mejoras asociadas a dicha gestión (21).

La metodología utilizada en este estudio, fue la siguiente: Un cuestionario estructurado, el cual se desarrollo bajo los lineamientos de los centros de medicina de emergencia pediátrica en Norte América, el cual contempla indicadores de estructura, proceso y resultado. Dicho cuestionario fue enviado por correo a los Directores de los Departamentos de Emergencias en Marzo de 1997; la participación fue anónima y un auxiliar administrativo registró la información de acuerdo aun sistema de codificación la cual fue evaluada en dos ocasiones por personal diferente.

En el estudio participaron 67 departamentos de los cuales se obtuvieron 42 encuestas completas (63%). En cuanto a los indicadores de estructura se halló que los servicios más grandes y complejos tienen mayor probabilidad de presentar evidencias de mejoramiento de la calidad. Con respecto a los indicadores de proceso, se encontró una gran variedad de procesos relacionados con mejoramiento de la calidad; en el 67% se encontraron sistemas para el análisis de los datos de los indicadores y en un 45% la comunicación publica del desempeño de los indicadores.

En el caso de los indicadores de resultado, el 57% de los evaluados informó que el año inmediatamente anterior al estudio, contaban con resultados de mejora asociados con un sistema de mejoramiento de calidad en sus unidades funcionales; señalaron logros en áreas de comunicación, procesos de organización en las diferentes unidades y en los protocolos de cuidado clínico. Como hallazgo importante, el 43 % de los participantes resaltaron que las actividades en pro de la calidad, permitieron descubrir deficiencias significativas en la entrega de los servicios, pero que a pesar de haberse identificado no fueron corregidas.

Se observó que las organizaciones con estructuras para apoyar el mejoramiento de la calidad, tenían una probabilidad mayor de alcanzar logros importantes en el mejoramiento de la calidad en los doce meses anteriores a la evaluación.

La disponibilidad de guías sobre mejoramiento de la calidad suministradas por el ACEM, fue considerada por la mayoría de los evaluados (62%), como una herramienta extremadamente útil. Solo el 40% de los departamentos, informaron el uso de la teoría del mejoramiento de la calidad o de habilidades prácticas en las actividades de calidad en los programas de postgrado.

A través de esta evaluación, se obtuvo una información importante que permitió entender cuantitativa y cualitativamente, el estado del mejoramiento de la calidad en los departamentos de emergencia de origen estatal de Australia. Probablemente las variaciones en las prácticas clínicas, se presentan más frecuentemente, en las instituciones de carácter privado y en hospitales que no tienen docencia en postgrado, esto puede limitar por lo tanto, el grado de aplicación de los resultados de este estudio en otros departamentos de emergencias de Australia.

La demostración de la unión entre la estructura para la gestión de la calidad, los indicadores de actividades tanto en estructura como en procesos y el alcance de mejores resultados, es clave para la metodología del mejoramiento de la calidad, llevando a promover cambios positivos y un desempeño cada vez mejor.

3.5 Sudáfrica

El programa de acreditación para las instituciones que prestan servicios de salud en este país, surgió como un proyecto académico de investigación y desarrollo propuesto por el doctor Stuart Whittaker. Dicha propuesta, se basó en el estudio e investigación de dos modelos de auditoría externa y de sistemas de información, para programas de aseguramiento de la calidad en el Reino Unido, el King's Fund Organizational Audit Programme y el Bristol Hospital Accreditation Programme.

El proyecto piloto (Programa piloto para los servicios de salud Sur Africanos), se inició en 1994 en la Facultad de Medicina en la Universidad de Stellenbosch. Este estudio piloto,

rápidamente mostró buena aceptación entre las instituciones participantes y dejó en claro, que un programa de acreditación era muy necesario si se tenía en cuenta que la mayoría de los servicios, no cumplían con estándares mínimos para su funcionamiento y que debían incorporar, el mejoramiento continuo de la calidad.

El proyecto se expandió rápidamente y se convirtió en un programa demasiado grande, es decir, su alcance se salió de las funciones propias de la universidad, razón por la cual se dio origen en 1995, a The Council for Health Services Accreditation of Southern Africa (COHSASA) (Consejo para la acreditación de los servicios de salud de Sudáfrica), el cual se instituyó como un organismo independiente fruto del esfuerzo colaborativo, entre el estado, la industria privada, los usuarios y los profesionales del área de la salud.

El COHSASA, es la única organización privada en Sudáfrica que lleva a cabo la acreditación de los servicios de salud, en medio de un sistema de salud fragmentado como consecuencia del apartheid, de la multiplicidad de lenguas oficiales (once) y de las fusiones culturales. El contexto de desigualdad y gran diversidad, conduce al estado inicialmente, no a la búsqueda de la calidad, sino a garantizar como mínimo la igualdad en el acceso; por lo tanto, mediante el COHSASA, se pretende conducir un proceso de acreditación imparcial, que facilite los cambios en el sistema y la evaluación objetiva de las diferentes instituciones que prestan servicios de salud, a través de una aproximación integrada y multidisciplinaria del mejoramiento continuo de la calidad, que asegure en el tiempo la excelencia. Este proceso, se realiza mediante la aplicación de estándares que fueron desarrollados en tres fases: *la fase normativa*, en la cual se sugieren y eligen estándares y criterios por parte de las sociedades profesionales de diferentes áreas de la salud; *la fase empírica*, en la que se compararon dichos estándares con la realidad de las instituciones del estudio piloto y las necesidades específicas de Sudáfrica; *la fase de adaptación*, en la cual se buscó la relación entre la academia y la realidad, teniendo en cuenta los marcos legales, de seguridad de los equipos de trabajo y de los pacientes.

Se crearon estándares agrupados para todos los servicios, que se basan en la gestión y mejoramiento continuo de la calidad, en marcos normativos y éticos, en la gerencia eficiente y eficaz de las diferentes áreas, en la asignación adecuada de recursos para el logro de la misión y los objetivos, en el entrenamiento de los equipos de trabajo bajo políticas y procedimientos claramente definidos, en sistemas de seguimiento y medición

del desempeño de los diferentes parámetros y en sistemas de auto-evaluación que permitan a las diferentes unidades funcionales identificar los puntos a mejorar para lograr su máximo potencial. Además de los estándares, se tienen criterios que definen y especifican el alcance de los primeros y permiten además evaluar el grado de cumplimiento de los mismos.

Ciento noventa y tres instituciones de origen público y privado, iniciaron entre 1996 y el año 2000 el programa del COHSASA, de éstos el 79% (61) lograron la acreditación. Las organizaciones y el proyecto, resaltan la importancia del apoyo gubernamental, mediante iniciativas legales formales que impulsen los procesos de acreditación, ya que la mayoría de las instituciones tienen pocos incentivos para iniciar el proceso y en general, se encuentra condicionado por el origen público o privado de las mismas. Sin embargo, aquellas organizaciones que deciden comenzar el programa, se dan cuenta de los beneficios que adquieren en relación a la imagen pública, al reconocimiento en el mercado de los servicios de salud y a las compensaciones económicas. El Estado, también se beneficia de este proceso, ya que obtiene información de vital importancia para planear y programar políticas de salud en su país. Finalmente y como objetivo principal, la población se ve favorecida con la prestación de servicios de salud apropiados, accesibles, equitativos e idóneos.

4. CONCLUSIONES

La concepción actual de la calidad, responde a los aportes de diferentes teorías surgidas a lo largo del siglo XX. Hoy en día, la calidad es el conjunto de las mejores prácticas de la gestión en el ámbito de las organizaciones, la cual se basa en los siguientes principios: Orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y constancia en los objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo y participación efectiva o involucramiento de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continua, desarrollo de alianzas y responsabilidad social.

Estos principios, son de validez universal, tanto para la industria como para cualquier otro tipo de organizaciones; evolucionan, al igual que el concepto mismo de calidad, y se ajustan con el paso del tiempo acorde a la nueva necesidad y situaciones del entorno.

Las metodologías de evaluación de la calidad, se orientan principalmente a establecer la calidad en si mismas, de las interrelaciones entre estructura, proceso y resultados, teniendo en cuenta las personas involucradas en la producción y entrega del servicio, como también de aquellos que se benefician de éste, además del impacto que la institución logre a nivel social. Razón por la cual, en la mayoría de los casos, los modelos de evaluación se encuentran ligados a reconocimientos o premios a la calidad, con el fin de estimular la mejora y el mantenimiento de ésta en las organizaciones.

La base para llevar a cabo las metodologías de evaluación, es la medición de estándares válidos y confiables, que son propuestos a nivel nacional e internacional, siendo más útiles los internacionales, ya que permiten realizar comparaciones en y entre países, como es el caso de la Acreditación, la cual se constituye actualmente como la meta más importante en calidad que tienen las instituciones de salud en el mundo.

En un comienzo, el énfasis empresarial se centraba en producir todo aquello que el mercado demandaba, la competitividad para las empresas comprendía al entorno local, regional y en algunos casos el nacional, llevando a que las posibilidades de elección por parte de los usuarios fueran limitadas; con la globalización de los mercados, en la mayor parte de los sectores productivos y de servicios, se aumentó significativamente la

competencia, las posibilidades de elección, las necesidades y las expectativas de los clientes y de la sociedad.

Los diferentes modelos o aproximaciones para la medición y mejoramiento de la calidad, requieren la inversión de recursos, los cuales no siempre se encuentran disponibles en las organizaciones, por lo tanto, antes de comenzar un proceso de calidad, se requiere programar el tiempo y asignar fondos en el presupuesto de la organización, para poder iniciar, mantener y lograr la excelencia, en la prestación de los servicios, sin embargo, mas allá de la inversión de recursos para el desarrollo de las organizaciones, se requiere como motor principal implementar y fomentar una cultura del mejoramiento de la calidad, que permita finalmente la entrega de servicios que impacten favorablemente las necesidades y expectativas de los diferentes clientes y de la sociedad.

El movimiento por la calidad, no debe ser sólo de carácter voluntario, sino que debe partir de políticas gubernamentales que impulsen tanto los estándares mínimos de funcionamiento como los máximos para el logro de la excelencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Harvey, G. 1996. Quality in Health Care: Traditions, Influences and Future Directions. *Int J Qual Health Care* 8:341-350.
2. Sánchez, R. T. 2007. Calidad, Concepto y Generalidades.
3. Londoño, G. M., R. M. Galán, and G. P. Laverde. 2006. *Reseña General sobre la Calidad Total*. Editorial Médica Panamericana.
4. Heaton, C. 2000. External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project. *Int J Qual Health Care* 12:177-182.
5. Saturno, P. J., ed. 2001. *Análisis de las organizaciones sanitarias con el modelo de la Fundación Europea para la calidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 8: Diagnóstico Organizacional Unidad temática 43*. Universidad de Murcia.
6. Donahue, K. T., and P. VANOSTENBERG. 2000. Joint Commission International Accreditation: relationship to four models of evaluation. *Int J Qual Health Care* 12:243-246.
7. Viswanathan, H. N., and J. W. Salmon. 2000. Accrediting Organizations and Quality Improvement. *Am J Manag Care* 6:1117-1130.
8. Nabitz, U., N. Klazinga, and J. Walburg. 2000. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health* 12:191-201.
9. Management, T. E. F. f. Q. 2007. Excellence The European Foundation for Quality Management, Bruselas.
10. Resources, T. H. 2007. A Brief History of Quality. Texas Health Resources, TEXAS.
11. Care, I. S. f. Q. i. H. 2007. GENERAL INFORMATION. International Society for Quality in Health Care Melbourne, Australia.
12. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, I. 2005. *Guía Básica para la Acreditación en Salud*. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC y Ministerio de la Protección Social.
13. Novaes, H. M., and D. Neuhauser. 2000. Hospital accreditation in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública* 7:425-430.
14. Rodriguez, C. E. 2007. Acreditación en Salud Ministerio de la Protección Social.
15. Nieto, C. d. N., and L. R. McDonnell. 2006. Comparación entre los modelos de gestión de Calidad Total: EFQM, Gerencial de Deming, Iberoamericano para la Excelencia y Malcom Baldrige. Situación frente a la ISO 9000. In *X Congreso de Ingeniería de Organización*, Valencia.
16. (FUNDIBEQ), F. I. p. I. G. d. I. C. 2007. Organos de gobierno. FUNDIBEQ.
17. Program, B. N. Q. 2007. History of the Malcolm Baldrige National Quality Award. National Institute of Standards and Technology
18. Program, B. N. Q. 2007. The Malcolm Baldrige National Quality Improvement Act of 1987 - Public Law 100-107 National Institute of Standards and Technology.
19. Arce, H. E. 1999. Accreditation: The Argentine experience in the Latin American region. *Int J Qual Health Care* 11:425-428.

20. Noronha, J. C. D., and M. L. G. Rosa. 1999. Quality of health care - growing awareness in Brazil. *Int J Qual Health Care* 11:437-441.
21. Kennedy, M. P., N. W. Boyce, and M. E. Logan. 1999. Quality management in Australian emergency medicine: traslation of theory into practice. *Int J Qual Health Care* 11:329-336.