

## El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles

J.M. Aranaz<sup>a,c</sup>, E. Leutscher<sup>a,c</sup>, M.T. Gea<sup>a</sup> y J. Vitaller<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante. <sup>b</sup>Servicio de Inspección Médica de la Consellería de Sanidad de Alicante. <sup>c</sup>Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. Alicante. España.

Parte de este trabajo fue presentado en la conferencia que pronunció Jesús Aranaz en el Seminario de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo sobre Acreditación Sanitaria, en noviembre de 2001 en Alicante.

Correspondencia: Jesús M. Aranaz Andrés.

Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández.

Campus de San Juan. Carretera Alicante-Valencia, km 87. 03550 San Juan de Alicante. Elche. España.

Correo electrónico: aranaz\_jes@gva.es

### Resumen

**Fundamento:** Este trabajo pretende explorar las opiniones que sobre el aseguramiento de la calidad y la acreditación sanitaria tienen los directivos de los centros sanitarios españoles.

**Método:** Encuesta de opinión por cuestionario semiestructurado para autocumplimentación elaborado ad hoc. El sistema elegido para su remisión fue el correo electrónico. Se realizó un análisis descriptivo, presentándose el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas mientras que las variables cuantitativas se presentan en rangos y percentiles.

**Resultados:** La tasa de respuesta alcanzada fue de 59 (24,1%), para el conjunto de los sujetos a estudio, y de 28,7% para el grupo de directivos de hospital. Un 70% consideró el tema de candente actualidad. El 98% opinó que la acreditación debe ser un requisito para concertar centros privados con la Administración sanitaria. Un 54% (frente a un 34%) se manifestó favorable a la obligatoriedad del proceso. El 75% de los directivos que contestaron a nuestra encuesta se manifestaron partidarios de un modelo único de acreditación para el conjunto de España. Respecto al resultado de la acreditación, los directivos consultados (76,8%) creen que éstos deben hacerse públicos y, en consecuencia, ser conocidos por pacientes y profesionales.

**Conclusiones:** A diferencia del modus operandi de Reino Unido, los EE.UU. y Canadá, los directivos sanitarios españoles se decantan por la obligatoriedad del proceso, a semejanza del sistema sanitario francés. Las tres cuartas partes de los directivos interrogados comparten el criterio de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, hecho público el 18 de diciembre de 1997 en términos de expresar "la necesidad de impulsar la mejora continua de la calidad de la asistencia a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios consensuado por el Consejo Interterritorial". No obstante, una tercera parte de los encuestados se manifiesta partidario del uso complementario de otros modelos, del tipo de ISO y EFQM.

**Palabras clave:** Acreditación sanitaria. Garantía de calidad.

### Introducción

La acreditación es un proceso por el cual un centro sanitario se somete, con carácter voluntario, a un procedimiento de verificación externo, con el fin de evaluar su grado de cumplimiento de criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente que, a la vista de los resultados obtenidos, emitirá finalmente el dictamen correspon-

### Summary

**Background:** The aim of this article was to determine Spanish healthcare managers' opinion about quality assurance and healthcare accreditation.

**Method:** A semi-structured ad-hoc questionnaire was sent to managers by electronic mail for completion. We performed a descriptive analysis, showing the results of the qualitative variables in percentages, and those of the quantitative variables in ranges and percentiles.

**Results:** The response rate was (59) 24.1% for the total number of persons included in the study and was 28.7% for the group of hospital managers. Seventy percent believed the issue to be highly topical. Ninety-eight percent believed that accreditation should be a requirement for private healthcare settings that are contracted by the public sector. Fifty-four percent (vs 34%) believed the process should be mandatory. Seventy-five percent of the managers who completed the questionnaire were in favor of a single accreditation model for the whole Spanish state. Most managers (76.8%) believed that the results of the accreditation process should be published so that patients and healthcare professionals could be aware of them.

**Conclusions:** Unlike the modus operandi in the United Kingdom, USA and Canada, Spanish managers believe that the accreditation process should be mandatory, as in France. Three-quarters of managers agree with the criteria of the Parliamentary Sub-commission for the Consolidation and Modernization of the National Health System, published the 18 December 1997, which expresses "the need to stimulate continuous quality improvement in healthcare through a general accreditation system of healthcare centres and services agreed by the Inter-territorial Board". Nevertheless, one-third of the managers surveyed approves the use of additional models such as the ISO or EFQM.

**Key words:** Healthcare accreditation. Quality assurance.

diente: *procede la acreditación del centro; acreditación con reparos, o no procede la acreditación*<sup>1,2</sup>.

El proceso de acreditación implica la evaluación de la estructura organizativa del hospital/centro sanitario y la provisión de asistencia, en comparación con estándares profesionales contemporáneos, para determinar si el hospital o el centro sanitario cumple un número suficiente de estándares para merecer el certificado de acreditación<sup>3</sup>. Este tipo de eva-

luación de la calidad de la asistencia lleva implícitos dos tipos de nociones:

– Noción de prevención: la mejora de la calidad pasa por un análisis metódico de las causas que provocan una disfunción y por la puesta en marcha de acciones correctoras antes de la obtención de la acreditación.

– Noción de confianza: el paciente debe tener pruebas de que el hospital está dotado de los medios necesarios para poder gestionar el riesgo que supone el ejercicio profesional de la medicina.

En íntima relación con la acreditación, aunque con significado y contenido diferentes, se encuentran las siguientes nociones, que con frecuencia se confunden con aquélla:

– Autorización: la administración pública establece los criterios mínimos que han de cumplir los centros antes del inicio de su actividad. Su finalidad es preservar el interés público.

– Certificación: una empresa autorizada da la conformidad con relación al cumplimiento de unas normas. Su finalidad es garantizar que se documentan y siguen determinados procedimientos. A diferencia de la acreditación, la certificación también se puede aplicar a individuos.

– Auditoría: evalúa si un centro cumple determinados parámetros. Su finalidad es fiscalizadora.

Tal vez, el primer antecedente de la acreditación lo podemos encontrar en las reflexiones que Sr. William Petty se hacía en el siglo XVII, en torno a los resultados comparativos de la asistencia entre los hospitales de Londres y París: “Los hospitales de Londres son mejores que los de París, porque en los mejores de esta última mueren dos de cada 15, en tanto que en los de la primera mueren los dos peores de cada 16; aun así, en los hospitales de Londres muere sólo una 50.<sup>a</sup> parte del total atendido, mientras que en los de París, que son de la misma clase, mueren dos quintos, o sea una proporción 20 veces mayor.” Sin embargo, lo más habitual es situar el origen de la acreditación en los comienzos del siglo XX, en el III Congreso de Cirujanos de Norteamérica (1912), donde por iniciativa de Codman se planteó la necesidad de evaluación externa de los hospitales. En 1917 se aprueba el Programa de Estandarización de Hospitales con el aval del Colegio Americano de Cirujanos. En 1951 nace la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (Comisión Conjunta para la acreditación de hospitales de los EE.UU. y Canadá) por la unión de la American Medical Association, la American Hospital Association, el American College of Physicians y el American College of Surgeons<sup>4</sup> con sede en Chicago.

En 1953 la Joint Commission publica el primer manual de acreditación, que se convierte en referencia internacional. Los sucesivos manuales introducen pequeñas modificaciones hasta 1970, en que los estándares de “mínimos” pasan a ser de “óptimos alcanzables”. En 1986, la Joint Commission inicia un cambio conceptual denominado “Agenda para el cambio”, pasando de estándares a funciones que definirán las actividades y procesos relevantes, de cuyo desarrollo adecuado depende la calidad de la asistencia y sus resultados<sup>5</sup>.

Tras la Segunda Guerra Mundial nace la International Office of Standards (ISO), para normalizar los productos y facilitar, así, el comercio internacional, y entre los años 2000 y

2001 entrará, de manera específica, en el sector sanitario<sup>6</sup>. En esta segunda mitad del siglo XX se produce un importante desarrollo de las técnicas de gestión de la calidad en la industria, sobre todo a partir del uso de las normas ISO, conjunto de normas y directrices internacionales para la gestión de la calidad que definen estándares para el sector de la ingeniería y la industria, que han obtenido una reputación global como base para el establecimiento de sistemas de gestión de la calidad. Será en el último cuarto de siglo cuando se inicie la utilización de las herramientas del sector industrial en el mundo sanitario.

No obstante, muchos de los conceptos introducidos en los requisitos ISO son difíciles de trasladar a la asistencia sanitaria, dado que las ISO se centran mayoritariamente en la producción y emplean un lenguaje distinto al del sector sanitario. Éste es el aspecto que más dificulta su comparación con los estándares de la asistencia sanitaria, aunque con el documento ISO/ITA 1 se realiza una importante aproximación al campo sanitario.

La ISO/ITA 1 (acuerdo técnico industrial, norma UNE-EN ISO 9004:2000) “Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de los procesos en organizaciones sanitarias” tiene como objetivo servir de ayuda en el desarrollo y mejora de un sistema de gestión de la calidad en los servicios sanitarios haciendo énfasis en la prevención de errores, en la reducción de la variabilidad y en la disminución de las actividades que no aportan valor a la organización. En su contenido se parte de que el primer beneficiario de los servicios sanitarios es el paciente, y por ello el diseño, la gestión y la administración del servicio médico, así como los resultados, deben centrarse en él. Es una buena herramienta para todas aquellas organizaciones sanitarias que deseen aportar transparencia en la gestión orientando la calidad de la misma hacia la excelencia, ya que sustituye la buena voluntad por el método y hace especial énfasis en la prevención y en consecuencia en la seguridad.

El modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM: Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad)<sup>7</sup> tiene su origen en 1988 con el auspicio de la Unión Europea; 14 empresas líderes en diferentes sectores industriales y de servicios del continente europeo, adoptaron la iniciativa de crear la EFQM, estableciendo en 1991 el Premio Europeo a la Calidad. En esencia el modelo EFQM es un conjunto de normas (recomendaciones o principios) para la gestión para empresas que desean ser excelentes, elaboradas mediante consenso de un nutrido número de expertos en diferentes materias ligadas al mundo empresarial. Las normas para optar a dicho premio europeo a la calidad han variado sensiblemente en el tiempo, dando lugar al denominado “modelo de Excelencia de la EFQM”, que en definitiva es un modelo de calidad total que, en la práctica, va más allá de la gestión de la calidad en las empresas por sus interrelaciones con la dirección estratégica, la gestión de los recursos humanos, económicos y financieros, y su orientación hacia la innovación<sup>8,9</sup>.

El modelo de la EFQM se basa en la siguiente premisa: la satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados y un impacto positivo en la sociedad se consiguen mediante el

liderazgo en política y estrategia, una acertada gestión de personal, el uso eficiente de los recursos y una adecuada definición de los procesos, lo que conduce finalmente a la excelencia de los resultados empresariales. Cada uno de estos nueve elementos del modelo se evalúan y se ponderan para determinar el progreso de la organización hacia la excelencia.

Desde el año 1994 algunos servicios sanitarios (como Osakidetza) optan por el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total como modelo de referencia (modelo EFQM) para sus instituciones sanitarias<sup>10</sup>. Inicialmente con el objetivo de que las estructuras directivas de la organización se sensibilicen y se identifiquen con los principios de la calidad total, y apliquen a los sistemas de gestión de sus organizaciones un método estructurado para la mejora continua de la calidad de la gestión. Coincidiendo con estas adaptaciones, y a partir de ellas, se han ido sumando diferentes centros sanitarios en España<sup>11,12</sup>. La acreditación asistencial ha tenido poco desarrollo hasta la fecha, debido fundamentalmente a ser nuestro sistema sanitario de tipo nacional y de mercado cautivo<sup>13</sup>. En cambio, un excelente ejemplo en nuestro país de este tipo de actuación lo constituye la acreditación docente, que tiene una amplia tradición ligada al sistema de formación de médicos especialistas (formación MIR)<sup>14,15</sup>.

Para considerar un centro como docente es necesario que sea acreditado por la Comisión Nacional de la Especialidad, proceso por el cual se asegura que éste reúne unas condiciones mínimas en su estructura que le capacitan para formar, de manera aceptable, a los futuros especialistas. La acreditación, en este caso, supone, por ejemplo, contar con un determinado número de profesionales con una cualificación y experiencia determinados, atender a un número mínimo de pacientes anualmente, disponer de recursos comunitarios y hospitalarios o contar con facilidades documentales accesibles para los residentes. Estas condiciones se revisan periódicamente con visitas a los centros<sup>16</sup> y mediante las memorias anuales que deben confeccionarse.

Este trabajo pretende explorar las opiniones que sobre la acreditación tienen los directivos de los centros sanitarios españoles.

## Material y método

Encuesta de opinión realizada durante el mes de julio de 2001.

La población diana estuvo constituida por equipos directivos de asistencia especializada y atención primaria del INSALUD y de los hospitales de Osakidetza, Andalucía y Comunidad Valenciana. La población quedó conformada por 195 directivos de hospital (138 de INSALUD, 18 de Osakidetza, 12 de Andalucía y 27 de Comunidad Valenciana) y 50 directivos de atención primaria.

La fuente de información fue un cuestionario semiestructurado para autocumplimentación elaborado ad hoc, que constaba de tres partes: a) preguntas de filiación (formación académica, actividad profesional, nivel de responsabilidad en su actividad profesional, tipo de centro y dependencia patrimonial); b) bloque de opinión (modelos de acreditación, crite-

rios, proceso de acreditación, etc.), y c) una matriz DAFO; además había un espacio abierto para sugerencias.

Se realizó un estudio piloto, encuestando a 23 expertos participantes en una sesión científica para debatir sobre el hospital del siglo XXI, promovida por la Dirección General de Atención al Paciente de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, en abril de 2001 en Castalla (Alicante). Ninguno de estos cuestionarios fue utilizado en el análisis final.

El sistema elegido para su remisión fue el correo electrónico. La elección de la población diana vino determinada por la oportunidad de acceso a la dirección electrónica de los sujetos. No se consideró ningún criterio de exclusión. Se realizó un envío y un recordatorio a quienes no respondieron al primero.

Los datos se introdujeron en una base de datos convencional (Access). Depurada la información, los datos se exportaron a SPSS para el análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo, presentándose el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas, mientras que las cuantitativas se presentaron en rangos y percentiles. Se evaluó la significación estadística mediante la prueba de la  $\chi^2$ .

## Resultados

Del total de 280 correos enviados, fueron devueltos 35 (12,5%), con lo que la población a que, en principio, se tuvo acceso estaba conformada por 245 sujetos. La tasa de respuesta alcanzada fue del 24,1% para el conjunto de los sujetos a estudio y del 28,7% para el grupo de directivos de hospital, con una representación desigual por organizaciones, que oscila de un 33% en directivos de hospital del INSALUD y Osakidetza a una participación casi nula de los directivos andaluces, tal y como se puede apreciar en la tabla 1.

Cuando se interrogó acerca de la actualidad ("la acreditación sanitaria es un método de evaluación de la calidad que pertenece al pasado"), un 70% de los encuestados manifes-

Tabla 1. Población, muestra y tasa de respuesta

	Población	Muestra	Tasa de respuesta
INSALUD			
Directivos de hospital	138	45	33%
Directivos de atención primaria	50	3	6%
Osakidetza			
Directivos de hospital	18	6	33,3%
Comunidad Valenciana			
Directivos de hospital	27	4	14,8%
Andalucía			
Directivos de hospital	12	1	8,3%
Total directivos de hospital	195	56	28,7%
Totales	245	59	24,1%

taron que, por el contrario, el tema es de candente actualidad, como puede apreciarse en la figura 1.

La pregunta sobre la voluntariedad u obligatoriedad de someterse al proceso de acreditación por parte de los centros fue claramente despejada en el sentido de la obligatoriedad, que fue compartida por el 54% frente a un 34% de los encuestados, que eran favorables a la voluntariedad.

El 75% de los directivos que contestaron a nuestra encuesta se manifestaron partidarios de un modelo único de acreditación para el conjunto de España.

La independencia del órgano acreditador de la Administración sanitaria parece ser con claridad la opción elegida, de tal modo que un 65% fue favorable mientras que un 25% se mostraron partidarios de la opción de dependencia.

La práctica totalidad de los directivos explorados (95,5%) indicaron que las organizaciones acreditadoras han de tener un manual de acreditación y que éste debe ser público y, por tanto, conocido por las organizaciones sanitarias que van a someterse al proceso de acreditación, siendo testimoniales las opiniones contrarias a ésta. La totalidad de los directivos encuestados respondió que tanto los criterios de acreditación como los estándares deben estar claramente explicados.

Con relación al contenido de los criterios de acreditación, los directivos siguen considerando con mayor frecuencia los criterios clásicos de estructura, proceso y resultado que aquellos propios del modelo EFQM, entre los que destacaron: *resultados en pacientes; resultados en profesionales, e impacto en la sociedad* (fig. 2).

La casi totalidad de los directivos consultados (98,2%) opinaron que la acreditación debe exigirse a los centros que aspiren a concertar la asistencia con la Administración Sanitaria, previamente al inicio de la colaboración.

Respecto a los resultados de la acreditación, los directivos consultados (76,8%) consideran que éstos deben hacerse públicos y en consecuencia ser conocidos por pacientes y profesionales.

Los directivos opinaron que el órgano acreditador debería estar constituido mayoritariamente por representantes de los profesionales, a través de las sociedades científicas (el

65% de los encuestados), los colegios profesionales (25%) y representantes directos de los ciudadanos (40%), siendo muy poco considerada la representación de los trabajadores, a través de los sindicatos (el 10% de los encuestados). Sin embargo, la participación de empresarios, en el mencionado órgano, fue significativamente considerada (fig. 3).

El 35% de los encuestados opinó que el número de miembros del equipo evaluador debía ser de 2-3 personas, el 55%, cuatro o cinco, y el 10% restante, más de cinco.

En general no se encontraron diferencias entre los profesionales formados en atención primaria y los procedentes de otras especialidades. Entre los encuestados que desarrollaban su actividad en los hospitales y los que la realizaban en la administración sanitaria tampoco hubo diferencias significativas en las diferentes respuestas, salvo en lo referente a si los criterios de acreditación deben contemplar los resultados en los pacientes: el 85% de los profesionales con actividad en hospitales creía que sí, frente al 15% de los que trabajan en la Administración.

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 y criterios importados no adaptados a nuestra sociedad y poco aceptados; la ausencia de acuerdo con el modelo que se debe seguir; que nuestro sistema público mayoritario no facilita la competencia en calidad, y que los profesionales no perciben la necesidad de la acreditación y la escasa formación en metodología de la calidad.

Entre las amenazas destacaron: la pérdida de prestigio o de cuotas "de mercado" si no se logra la acreditación; la desmotivación ante el incumplimiento de objetivos; la pérdida de confianza de la sociedad si los resultados fueran adversos al centro; el posible incremento del desequilibrio entre hospitales grandes y pequeños; una diferenciación entre los distintos hospitales mal entendida; el temor de la administración a los datos; la posibilidad de una utilización inadecuada por los

Figura 1. Candente actualidad.

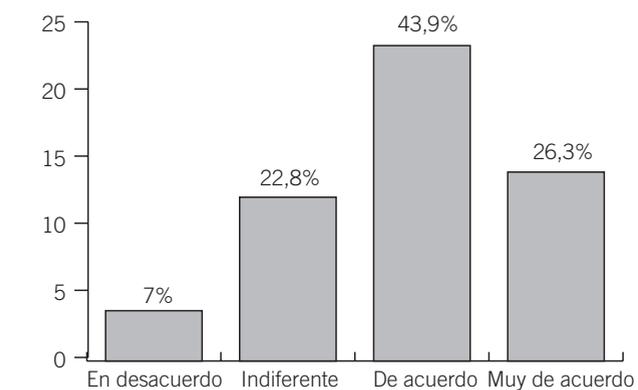


Figura 2. Indicadores.

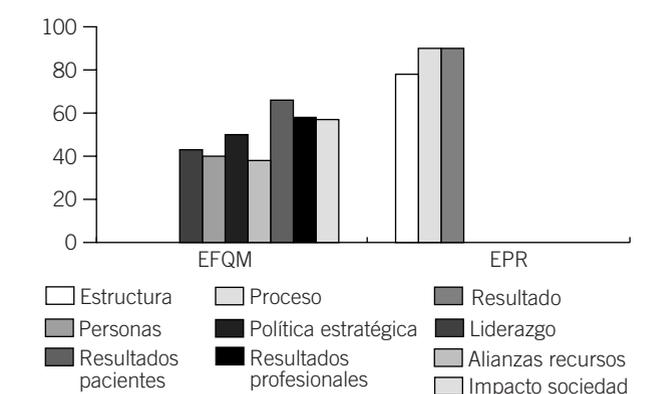
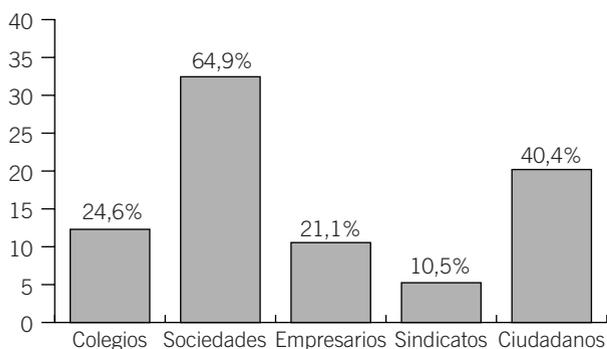


Figura 3. Órgano de acreditación.



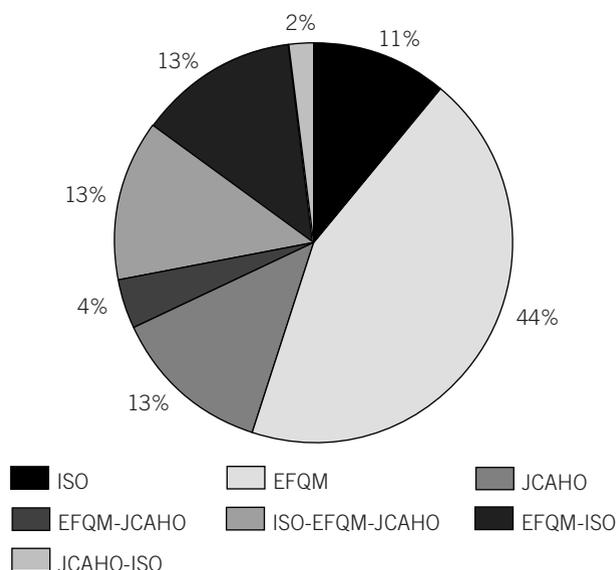
medios de comunicación y políticos; la inexistencia de ganancia en términos de carrera profesional, y muchos tipos de evaluaciones externas que “quieren imponer” sus modelos o la posible manipulación y compra de la acreditación. Se interroga sobre qué hacer con el servicio, el hospital o el centro de salud que no consiga la acreditación, y sobre si no existirá un riesgo de mayor judicialización de la asistencia sanitaria.

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 un “garante externo” y de una oferta de calidad al ciudadano; la posibilidad de contar con una herramienta para detectar áreas de mejora, y la homogeneidad de criterios para establecer conciertos. Destacan, además, 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 la imagen y del prestigio de los centros acreditados.

Entre las oportunidades de la acreditación resaltan: el interés de organizaciones privadas por introducirse en el sector sanitario con perspectivas de negocio; el hecho de que, al exigir los ciudadanos más garantía y capacidad de elección, los profesionales percibirán la acreditación como algo imprescindible; la posibilidad de generar un modelo único que sirva de referencia; la mejor separación de funciones entre financiador y proveedor; el avance hacia la homologación europea; el desarrollo de carácter de empresa entre los trabajadores; el aumento de la competencia gestionada (implantar la capacidad de compra de servicios); la aglutinación de diferentes modelos (ISO, EFQM), y en definitiva, ofrecer una respuesta a la demanda social de un signo de competitividad del sistema sanitario.

El modelo de acreditación considerado con mayores perspectivas de desarrollo fue el Modelo Europeo de Excelen-

Figura 4. Modelo con más perspectivas.



cia, señalado por casi la mitad de los encuestados, aunque la tercera parte de los directivos fue partidaria del uso complementario de más de un modelo: EFQM, ISO y JCAHO (fig. 4).

El apartado final del cuestionario permitía exponer las sugerencias que se consideraran oportunas. En todos los casos fueron opiniones añadidas de indudable interés para centrar el debate en nuestro medio. Fueron las siguientes:

- La apetencia de las comunidades autónomas por tener su propio sistema de acreditación colisiona con la adaptación a un modelo de carácter europeo.
- La acreditación debería estar vinculada a la financiación.
- La voluntariedad de la acreditación será relativa, y en los centros públicos la acreditación es una obligación inherente a la organización; en los privados, es una exigencia para garantizar la calidad en la prestación de los servicios.
- Parece factible definir criterios de acreditación en atención primaria.
- La administración sanitaria debe ser la responsable final de conseguir un 100% de centros acreditados en todo el Sistema Nacional de Salud.
- Sería útil, desde el punto de vista metodológico, iniciar la acreditación de forma piloto en un número representativo de centros, de donde, posteriormente, saldrían experiencias y personal formado para equipos evaluadores de otros centros.

## Discusión

La tasa de participación de nuestro estudio nos obliga a ser cautos con los resultados. En primer lugar, tenemos una limitada participación de directivos de atención primaria, y

en segundo lugar, tampoco podemos tener la seguridad de que los directivos de hospital que han participado en nuestro estudio sean representativos del conjunto nacional. Esta limitación venía impuesta por el propio diseño del estudio que, al utilizar el correo electrónico, nos llevó a elegir por oportunidad (disponibilidad del correo) a una población diana determinada por tres comunidades autónomas y el IMSALUD. Al ser una encuesta de opinión en la que se recogen aspectos subjetivos, y éstos en muchas ocasiones son cambiantes en el tiempo, nuevamente limita nuestros resultados. Sin embargo, si tenemos en cuenta que por definición los directivos son "esclavos de su tiempo" y, a pesar de ello, hemos alcanzado la participación de una tercera parte de los encuestados, y que a priori no encontramos razones que nos permitan suponer diferencias de opinión entre participantes y no participantes en nuestro estudio, tal vez no sean en modo alguno despreciables nuestros resultados.

El uso del correo electrónico para explorar opiniones puede ser un método altamente eficiente, aunque incorpore incertidumbre a la validez externa del estudio, ya que no se conoce si la tasa de respuesta está determinada por la negativa de los sujetos a contestar o si simplemente el cuestionario nunca llegó a su destinatario. Por otra parte, el anonimato no lo puede garantizar más que el aval del investigador, cuestión que puede en ocasiones influir en la tasa de respuesta, y en todos los casos añadir complejidad a la investigación.

Un aspecto ciertamente controvertido de la acreditación es su carácter de voluntariedad que viene recogido tradicionalmente en la propia definición del sistema; es el caso del Reino Unido, los EE.UU. y Canadá. Sin embargo, los directivos de centros sanitarios españoles son partidarios de una acreditación obligatoria, como ocurre en el sistema sanitario francés<sup>17</sup>, que alcanza incluso a los centros privados. Otros modelos, como el canadiense, la exigen para la docencia de tercer ciclo (formación de especialistas médicos), y los EE.UU. y Cataluña la exigen para concertar con la Administración sanitaria pública. Este resultado nos ha llamado la atención, sobre todo al no haber encuestado a directivos de Cataluña, aunque tampoco tenemos un criterio claro sobre si éstos, precisamente por conocer en la práctica la obligatoriedad, la comparten o no.

Las tres cuartas partes de los directivos interrogados comparten el criterio de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, hecho público el 18 de diciembre de 1997 en términos de expresar "la necesidad de impulsar la mejora continua de la calidad de la asistencia a través de *un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios* consensuado por el Consejo Interterritorial".

La tendencia creciente hacia la consideración de independencia del órgano de acreditación es congruente con las tendencias de los diferentes sistemas sanitarios, incluidos aquellos que le dan carácter de obligatoria. El procedimiento seguido en países como los EE.UU., Canadá, Australia y el Reino Unido presenta grandes similitudes, y en todos ellos existe un organismo independiente que elabora las normas de acreditación, y que se financia con el dinero que cobran a los hospitales para ser auditados; en el caso de Canadá, además,

los centros pagan una cuota anual. En el Reino Unido, el principal organismo acreditador es la King's Fund, que se crea en 1897 como fundación real, privada e independiente; desde 1990, y a partir de la solicitud de los profesionales, se encarga de realizar *audits* organizacionales y en 1995 se constituye en organismo de acreditación, siguiendo los manuales australianos y de Nueva Zelanda. En Australia, donde este organismo no se autofinancia totalmente, y recibe ayudas económicas del gobierno y de las fundaciones. En el comité acreditador hay representación de los profesionales y de los consumidores, y los organismos que marcan los objetivos, la finalidad, los datos y las circunstancias de la acreditación son muy diversos: así el más clásico en los EE.UU. (JCAHO) es un órgano independiente con reagrupamiento de profesionales de cuidados sanitarios; en Francia se dispone de un organismo público administrativo, donde se cita a expertos profesionales del sistema sanitario (ANAES). Canadá dispone de un organismo independiente que da cabida a representantes de usuarios.

En nuestra encuesta resulta curioso que se haya contemplado una representación de los sindicatos (opinión compartida por el 10% de los encuestados) en el órgano acreditador, dado que no hay referentes al respecto en el panorama internacional, y no se nos ocurren razones para ello. Así, los estudios revisados sobre el tema establecen que la composición del equipo auditor suele ser multidisciplinario, integrado por expertos en gestión sanitaria y/o clínica, así como en cuidados (enfermería) y servicios generales, contabilidad, gestores, etc. En este sentido, no hay grandes diferencias y, salvo en los EE.UU., que utilizan personal perteneciente a la Joint Commission, los restantes países han optado por que sean los propios profesionales de los hospitales en ejercicio, seleccionados y formados por la entidad, quienes auditen a otros centros.

En la actualidad, los manuales se basan en la experiencia adquirida por la JCAHO y la CCASS (Canadá), aunque en alguno de los casos se van introduciendo referencias de otros, como en el Reino Unido, que las toma del modelo australiano, y la fase normativa se va actualizando bajo la supervisión y consulta de los profesionales, que elaboran el manual. En Francia se han tenido en cuenta los trabajos de las sociedades científicas, se ha consultado a profesionales y representantes de los usuarios y se ha adaptado la normativa del país, así como el estudio de los diferentes manuales que se usan a escala internacional. La tendencia clara es a centrarse en los criterios y estándares de procesos (de gestión y asistenciales) y de resultados, y todo ello haciendo énfasis en el objetivo de la atención en el paciente, adecuando los requisitos del sistema a la realidad sanitaria del país en cuestión.

En la encuesta se observa la unanimidad de opinión sobre la necesidad de un manual de acreditación, que sea público, con criterios y estándares explícitos. Ello viene justificado porque la calidad no puede ser sólo la buena intención, porque es posible identificar los factores de calidad de los cuidados, porque estos factores pueden expresarse como normas o estándares explícitos, porque el respeto de los estándares garantiza un nivel de calidad de acuerdo con el estado de la ciencia, y además porque es posible evaluar el nivel de

conformidad con los estándares de un centro sanitario. Sin embargo, resulta llamativo que se le suponga primacía al modelo EFQM y, por el contrario, sus criterios (agentes facilitadores y resultados) sean menos considerados que los clásicos de estructura, proceso y resultados<sup>18,19</sup>.

No obstante, una tercera parte de los encuestados se manifiesta favorable al uso complementario de modelos de acreditación, tal y como se viene apreciando en las cada vez más numerosas aportaciones de estudiosos<sup>20-24</sup>, y seguramente tanto la ISO, como el EFQM y la Acreditación acabarán siendo considerados elementos indisolubles de un sistema de evaluación y mejora de la calidad. Así, recogiendo el símil deportivo de Bohigas<sup>25</sup>, “el premio europeo destaca al atleta ganador de la carrera, las normas ISO verifican que el entrenamiento diario del atleta está de acuerdo con las pautas establecidas, y la acreditación verifica que el atleta está preparado y tiene buenos resultados en el tipo de ejercicio que practica”. Simplificando, se podría afirmar que ISO certifica; EFQM autoevalúa y JCAHO acredita. Los tres modelos plantean criterios, los autoevalúan, hacen una evaluación externa y confirman la línea de conformidad o no en cuanto la calidad. La convergencia de estos modelos para beneficiarse de los puntos fuertes de cada uno de ellos es posible, pero depende de la voluntad de los gobiernos, los proveedores de salud, los profesionales del sistema sanitario y de la calidad, y las organizaciones de ciudadanos, que deben trabajar en un entorno participativo y adoptar las medidas más idóneas para su sistema sanitario y entorno sociocultural concreto.

Un tema siempre controvertido es la publicación de los resultados ya sea de la asistencia sanitaria<sup>26-28</sup>, de las auditorías clínicas y, por qué no, de la acreditación. Los directivos de nuestro estudio son partidarios de hacer públicos los resultados de la acreditación, en justa correspondencia con la posibilidad de facilitar la libre y responsable elección del servicio sanitario por parte de los ciudadanos. En la actualidad, el hecho de no pasar el proceso puede no tener consecuencias para que los centros sigan prestando servicios, sobre todo en el sistema público (Reino Unido), pero sí que es necesario en los centros privados o que tienen concierto con el ministerio, sin cuyo documento de acreditación no se autoriza la prestación de servicios. En el caso canadiense sólo tiene efectos para poder recibir médicos en formación. En los EE.UU., la acreditación supone marketing para el centro y para contratar con Medicare y Medicaid.

Nos gustaría concluir este trabajo con palabras pronunciadas por Codman en su disertación ante la Sociedad Médica del Condado de Filadelfia el 14 de mayo de 1913: “Con esta disertación me propongo estimular el debate sobre la estandarización de los hospitales... Por lo común, no es fustigando a los rezagados, sino estimulando a los mejores como se logra elevar las normas”<sup>29</sup>.

## Bibliografía

- Carrasco AL, González E, Ibáñez M, Mata FJ, Ruiz MC, Tejedor JM, et al. Manual práctico de acreditación de hospitales. Valladolid: Médica Europea, 1993.
- Bohigas L. ¿Qué es la acreditación? Rev Calidad Asistencial 1995;1:5-6.
- Cuesta A, Moreno JA, Gutiérrez R. La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona: Doyma, 1986.
- Bohigas L, Asenjo MA, Net A, Ortún V, Rodríguez M, Vaqué J, et al. La calidad de los hospitales catalanes: análisis de los datos de la acreditación. Rev Calidad Asistencial 1996;11: 224-32.
- Carrasco AL, Zurro J. Manual de acreditación de hospitales. Madrid: MAPFRE, 1999.
- Orbea T. Aportación de las ISO9000 a los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001;16:484-5.
- Lorenzo S. Evidencias de aplicación del Modelo EFQM de excelencia al sector sanitario en nuestro medio. Rev Calidad Asistencial 2000;15:129-30.
- Modelo EFQM de Excelencia 1999. European Foundation for Quality Management y Club Gestión de Calidad. Madrid, 1999.
- European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels, 2000. Disponible en: <http://www.efqm.org>.
- Plan Estratégico de Osakidetza/Servicio vasco de salud 1998-2002. Osakidetza/Servicio vasco de salud. Vitoria: Administración de la Comunidad Autónoma Vasca, 1998.
- Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial 1998;13:92-7.
- Arcelay A. Reflexiones sobre un excelente modelo de excelencia. Rev Calidad Asistencial 2000;15:131-2.
- Aranaz JM. Cuaderno de gestión sanitaria. Elche: Universidad Miguel Hernández, 2000.
- Zancajo JL. Análisis del cambio acontecido en el proceso de acreditación global de los hospitales para la formación docente especializada. Rev Calidad Asistencial 1999;14:359-64.
- Zancajo JL. Correlación entre el manual de acreditación de hospitales para la formación sanitaria especializada en España y el manual de la Joint Commission International Accreditation. Rev Calidad Asistencial 2000;15:437-42.
- Zancajo JL. Propuesta de perfil competencial uniforme para evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001;16:208-14.
- Aranaz JM, Zurita MR, Durieux P. El desarrollo de la evaluación y de la calidad en el sistema sanitario francés. Rev Calidad Asistencial 2000;15:259-69.
- Aranaz JM, Vitaller J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión. Valencia: Monografías Sanitarias. Serie D. N.º 29. Generalitat Valenciana, 1999.
- Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. Autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM. Madrid: MSD, 2001.
- Fernández-León A. Las nuevas normas ISO 9000:2000. ¿Nuevos estándares para la gestión de la calidad total? Rev Calidad Asistencial 2001;16:303-4.

21. Simón R, Guix J, Nualart L, Surroca RM, Carbonell JM. Utilización de modelos como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y Joint Commission. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:308-12.
22. Sweeney J, Heaton C. Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care. *Int J Qual Health Care* 2000;12:203-9.
23. Shyve P. Las normas ISO 9000 y la acreditación desde la perspectiva del sector sanitario. *Rev Calidad Asistencial* 1996; 11:72-3.
24. Joint Commission International Accreditation. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. JCIA-FAD, 2001.
25. Bohigas L. El premio europeo a la calidad, las normas ISO y la Acreditación. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:4-5.
26. Peiró S, Lorenzo S. La difusión a los ciudadanos de los resultados de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:391-3.
27. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000;283:1866-74.
28. Sainz A, Humet C. Jornada INSALUD-Sociedad Española de Calidad Asistencial. La política de difusión de los resultados de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:448-51.
29. Codman EA. The product of hospitals. *Surg Gynecol Obstet* 1914;18:491-6.