

Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia

Administrative and financial markers before and after accreditation of health care service providers in Colombia

■

CLAUDIA HELENA ARENAS-PAJÓN¹, CARLOS MARIO TAMAYO-RENDÓN¹

Forma de citar: Arenas-Pajón CH, Tamayo-Rendón CM. Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Rev CES Med 2010;24(2):9-20.

RESUMEN

I*ntroducción:* la acreditación como proceso voluntario de calidad en el sistema de salud en Colombia, busca garantizar una atención segura y procesos eficientes. No obstante, las instituciones prestadoras de servicios de salud no parecen tener información objetiva y adecuada que les permita definir conductas acerca del proceso, las actividades necesarias para lograrlo y sus resultados.

Metodología: se realizó un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas en Colombia, en el cual se determinó el cambio en indicadores administrativos y financieros, ocurrido durante el proceso de la acreditación. Dicho cambio se estableció por la diferencia entre las mediciones en dos momentos: en el año anterior al inicio del proceso y en el año siguiente a la acreditación. Se tomó la totalidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud que tuvieran un año o más de haber sido acreditadas a junio de 2009 y que aceptaron participar en el proyecto.

¹ MD. Magíster en Administración de Servicios de Salud. Profesor CES. Grupo de investigación: Observatorio de la Salud Pública. Correo electrónico: ctamayo@ces.edu.co

Resultados: al aplicar el análisis al grupo completo de las instituciones, se encontró un mejoramiento de la calidad en los siguientes indicadores: proporción de valor de glosas, proporción de utilidades, giro quirófono, proporción de cancelación de cirugías y proporción de caídas de cama o camilla. La proporción de número de glosas, el giro-cama, el promedio días - estancia y la proporción de eventos adversos se comportaron negativamente.

Conclusión: se resalta que el mejoramiento no fue el esperado y que los cambios observados no pueden atribuirse directamente a la acreditación. Esta investigación debe ser la fase inicial de proyectos que permitan establecer la correlación entre la acreditación y los cambios observados.

PALABRAS CLAVE

Acreditación
Atención en salud
Calidad
Seguridad del paciente
Indicadores
Colombia

ABSTRACT

Introduction: accreditation as a voluntary health care system process in Colombia seeks to guarantee a safe attention and efficient processes. However, health care providing institutions do not seem to have adequate and objective information that allows definition of conducts about the process, activities needed to be achieved and their results.

Methodology: a descriptive and retrospective study was performed in accredited health care service institutions in Colombia, which determined the change in administrative and financial markers occurring during the accreditation process. This change was established by the difference between the measurements at two given

times: the year before initiating the process and the year following the accreditation. The total number of institutions that had been accredited for one year or more by June 2009 which accepted to participate in the project was considered.

Results: when applying the analysis to the whole group of institutions, an improvement in the quality of the following markers was found: gloss ratio value, utilities ratio, operation room draw, cancelled procedures ratio and bed or gurney accidents. The ratio of gloss number, bed draw, average day stay and adverse event ratio behaved negatively.

Conclusion: an unexpected improvement is highlighted, and the observed changes cannot be directly attributed to the accreditation. This study must be the initial phase of projects that allow for establishment of correlation between accreditation and observed changes.

KEY WORDS

Accreditation
Health care
Quality
Safety patient
Indicators
Colombia

INTRODUCCIÓN

La acreditación o certificación en salud está definida como un proceso en el que una entidad externa, generalmente no gubernamental, califica y evalúa una organización para determinar el cumplimiento de los estándares dirigidos a mejorar la calidad de la atención (1). En principio, el padre de los sistemas de calidad en salud en el mundo, Avedis Donabedian, clasificó los métodos de calidad en un arreglo estructura-proceso-resultado, que aún hoy es la base del tra-

bajo en calidad, cambiando así los paradigmas para mejorar los sistemas de calidad en la salud, buscando siempre incorporar la dimensión ética en los servicios de salud (2). Para la *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), la acreditación es definida como un conjunto de normas validadas a nivel internacional, un proceso de autoevaluación, vigilancia y mejoramiento de los diferentes procesos Institucionales (3).

Aunque el objetivo fundamental del proceso es garantizar de la mejor manera posible la seguridad del paciente durante la prestación del servicio, también se espera, de acuerdo con el principio de eficiencia expresado en la norma, que las instituciones acreditadas "procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles" (4), lo cual debe traducirse en mejores resultados en términos administrativos, evidenciados, entre otros, en aumento de la facturación y disminución de glosas recibidas y mejor manejo del recurso asistencial. En este sentido, la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) propone un sistema de gestión empresarial basado en procesos de mejora continua, a la manera de ejercicio de autoevaluación interna que le permite a las organizaciones reconocer sus puntos fuertes, e identificar las áreas de mejora (5).

En la actualidad, la acreditación es una metodología muy difundida para evaluar la calidad en salud y una herramienta de gestión de procesos que alcanzará su mejor propósito cuando se convierta en un elemento que impulse la mejora continua de la calidad en las organizaciones. Uno de los principales factores que lleva a las instituciones a buscar la acreditación es la existencia de estímulos concretos, que pueden brindarse de muchas formas: facilidades para la contratación, motivación desde el Estado, mejora en las condiciones que imponen las aseguradoras, entre otras. Sin embargo, la mayoría de los prestadores comparten la idea que estos estímulos deberían ser de tipo económico (6).

El proceso de acreditación en salud comenzó a evidenciarse en la normatividad colombiana en el año de 1996 con el Decreto 2174 que lo define

en su artículo 11 (7); sin embargo, no reglamenta ni sistematiza el proceso, simplemente lo sujeta a reglamentación posterior que expediría el Ministerio de Salud. En 2002, el Decreto 2309 ya lo define como sistema único de acreditación, con principios, estándares, vigilancia y control (8). De todas maneras los estándares continúan sujetos a normatividad posterior que debía expedir el Ministerio de la Protección Social (8).

En el año 2006, el Decreto 1011 incluye un nuevo elemento en el Sistema que da sentido al principio de gradualidad ya esbozado desde el Decreto 2309 definiendo que "...todo prestador de servicios y empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) deberá contar con la certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación como condición para acceder a la acreditación" (4) y establece de manera clara el conjunto de estándares y el proceso mismo de la obtención de la acreditación, en el anexo técnico número 1 de la Resolución 1445 del mismo año (9). Además, en el mismo año, se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con la Resolución 1446 (10), desarrollados inicialmente en la Circular 030 de 2006 (11) y contenidos hoy en la Circular única 056 de 2009 (12). Por último, el Decreto 4295 de 2007 ratifica al Decreto 1011 como la norma técnica de calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de esta manera da fuerza a todo lo contenido en él (13).

Es claro entonces que en el país se ha comenzado con la implementación del Sistema Único de Acreditación como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (4), y que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud (IPS), empresas promotoras de salud (EPS), administradoras del régimen subsidiado (ARS) y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación (6). Adicionalmente, el Ministerio de la Protección

Social, designó al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), como entidad acreditadora, encargada de evaluar los estándares que permiten obtener y mantener la condición de acreditado (14). De acuerdo con el espíritu de la norma, "...la importancia de este sistema radica, en que constituye una oportunidad para que las instituciones sean competitivas en el plano internacional, que puedan exportar servicios de salud, y por otro lado, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios (15), lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad" (1).

El objetivo del presente estudio fue establecer el comportamiento, medido en términos de resultados administrativos y financieros, de las instituciones prestadoras de servicios de salud antes y después de la acreditación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó entre los meses de mayo de 2009 y febrero de 2010, un estudio descriptivo y retrospectivo, en el cual se midió el cambio ocurrido en las instituciones prestadoras de servicios de salud de Colombia después de obtener la acreditación, a partir de dos mediciones: la primera en el momento en que se realizó la autoevaluación necesaria para iniciar el proceso, y la segunda un año después de obtenida la certificación de acreditación. Las variables necesarias para generar los indicadores de interés, se obtuvieron utilizando una herramienta de recolección diseñada por los investigadores en el programa Teleform®, la cual fue diligenciada directamente por los líderes de los procesos de calidad de las instituciones sujeto del estudio, con base en los registros de indicadores de gestión hospitalarios y estados financieros, siempre con el acompañamiento de los investigadores, con lo cual se garantizó uniformidad y se controló el sesgo en su aplicación.

Debido al bajo número de instituciones acreditadas, 15 al momento del inicio de la investigación, distribuidas en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga, Itagüí y Santa Rosa de Cabal, fueron incluidas todas aquellas que al momento de la recolección de la información tuvieran un año o más de haber recibido la primera certificación. Para controlar el sesgo relacionado con percepciones subjetivas, se buscó siempre que el instrumento de recolección fuera diligenciado, en lo posible, por funcionarios que hubieran estado presentes en los dos momentos de medición.

Se construyó una base de datos en Excel a partir de la información recolectada, la cual fue procesada en el programa Stata versión 9.2®. El análisis se realizó estableciendo inicialmente los resultados cuantitativos utilizando medidas de tendencia central y de dispersión. En una segunda etapa se realizó un análisis antes - después de los diferentes indicadores de la siguiente manera: en aquellos cuyo mejoramiento significa un aumento, se utilizó la diferencia del después menos el antes; y en aquellos cuyo mejoramiento implica una disminución, se utilizó la diferencia del antes menos el después. Por último se calculó el cambio cruzando las diferencias anteriores con los resultados de los indicadores en el antes.

El número total de instituciones que a la fecha de inicio del estudio cumplían con las condiciones de inclusión, fue de 12, de las cuales 11 aceptaron participar. Para proteger la confidencialidad de la información expresada en las consideraciones éticas, garantizada a las instituciones que aceptaron su participación y, en atención a que solamente participó una institución de segundo nivel, se decidió integrar para la presentación de los resultados, los niveles primero y segundo, las cuales comparten la mayoría de las características.

En general no se presentaron complicaciones o dificultades importantes en el desarrollo de la investigación, y, como ya se mencionó, una

institución no aceptó participar, lo cual fue respetado. Por lo demás algunas instituciones presentaron una pequeña demora en el reporte de la información solicitada, lo cual fue solucionado fácilmente y en forma directa con los funcionarios encargados del área de calidad quienes respondieron muy adecuadamente a los requerimientos de complementación de información.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el literal a, del artículo 11, de la Resolución 8430 de 1993 ("Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud"), esta es una investigación clasificada dentro de la categoría "Investigación sin riesgo". Se respetó la autonomía de las instituciones objeto del estudio, en la decisión de participar o no en el mismo. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, puesto que en la presentación de los resultados no se utilizan los nombres propios de las instituciones objeto del estudio. La información recolectada sólo fue utilizada para dar cumplimiento a los objetivos planteados en esta investigación.

Esta investigación puede favorecer a las instituciones prestadoras de servicios de salud, porque facilita información útil para la toma de decisiones informadas con respecto a sus procesos de calidad y acreditación. Adicionalmente, aporta a los grandes objetivos de humanización de los servicios y seguridad del paciente, planteados por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

RESULTADOS

Se encontraron ocho instituciones de tercer nivel de complejidad, una de segundo nivel y dos de primer nivel. Según su naturaleza, siete son

de tipo privado y cuatro públicas. El 82 % de las mismas se encuentran ubicadas en las ciudades de Bogotá (cuatro instituciones), Medellín (tres instituciones) y Cali (dos instituciones). Las dos instituciones restantes se encuentran en la ciudad de Bucaramanga y en el municipio de Itagüí (Antioquia).

Los resultados técnicos, financieros y administrativos se presentan en el cuadro 1.

Se observó un aumento en los eventos adversos en el grupo general de instituciones, y en los procedimientos quirúrgicos cancelados en el tercer nivel. Se evidenciaron aumentos importantes en las proporciones de valor de facturación y de utilidades anuales. La proporción de glosas aumentó en número, sin embargo en el primero y segundo nivel la proporción de valor de las mismas presentó una sensible disminución. En general, se evidenció una variación muy importante en la generación de utilidades como aspecto positivo y en menor proporción mejoraron los indicadores de proporción de valor de glosas y de caída de pacientes de cama o camilla. Se encontró variación negativa en la proporción de eventos adversos y adicionalmente en los indicadores de hospitalización (giro-cama y promedio días estancia) (Cuadro 2)

En el primero y segundo nivel, a pesar de que las utilidades aumentaron la proporción de éstas contra la facturación, otros indicadores presentaron una variación negativa al igual que la proporción de eventos adversos, el giro quirófanos y los indicadores de hospitalización. Se observó variación positiva en la proporción de valor de glosas, la cancelación de cirugías y la infección nosocomial (Cuadro 3).

En el tercer nivel se comportó de manera positiva la proporción de utilidades y en menor grado la proporción de valor de glosas, el giro quirófanos y la proporción de caída de pacientes de cama o camilla. La proporción de eventos adversos mostró una variación negativa importante (Cuadro 4).

Cuadro 1. Resultados administrativos y financieros antes-después de la acreditación

Variable	Antes		Después	
	Promedio	D. estándar	Promedio	D. estándar
Valor anual de facturación (\$)	41 596 156 466	45 913 489 279	58 509 833 487	63 213 930 739
Número de facturas	276 672	130 637, 24	286 407	239 452, 52
Valor de glosas (\$)	1 872 530 143	3 483 904 262	2 431 636 865	4 901 930 258
Número de glosas	7 601	10 306, 31	9 398	10 863, 17
Utilidades año (\$)	2 300 729 304	3 316 693 875	4 330 124 252	4 996 074 319
Egresos año hospitalización (\$)	9 789	5 750, 64	10 110	5 592, 62
Camas día disponibles	58 790	39 891, 89	66 289	45 389, 86
Días paciente hospitalizado	41 230	41 356, 13	47 049	46 672, 80
Quirófanos día disponibles	2 463	1 036, 78	2 652	1 210, 73
Cirugías realizadas	9 314	6 547, 59	10 365	6 725, 28
Cirugías electivas canceladas	497	542, 82	556	901, 99
Cirugías electivas programadas	5 789	3 497, 00	6 622	4 328, 94
Eventos adversos	283	319, 20	502	696, 23
Muertes durante anestesia mayor	0	0, 00	0	0, 00
Infecciones nosocomiales	319	302, 76	322	370, 03
Egresos hospitalarios	12 630	10 313, 61	13 935	13 635, 85
Egresos hospitalarios después de 48 horas	9 401	5 809, 17	9 554	5 396, 46
Caídas cama – camilla	9	11, 44	9	11, 26

Cuadro 2. Comportamiento global de indicadores y deltas de variación

Indicador	Antes	Después	% de variación
Proporción valor glosas	4,5	4,16	7,7
Proporción glosas	2,8	2,99	-7,9
Proporción utilidades	5,5	7,40	33,8
Giro cama	0,1665	0,1525	-8,4
Promedio días estancia	4,2	4,65	-10,5
Giro quirófanos	3,8	3,91	3,4
Proporción cancelación de cirugías	8,6	8,40	2,1
Proporción eventos adversos	2,2	3,60	-60,8
Proporción muertes por complicación anestésica	0,00	0,00	-
Proporción infección nosocomial	3,4	3,37	0,6
Proporción caída de cama o camilla	0,07	0,06	11,35

Cuadro 3. Comportamiento de indicadores y porcentajes de variación en los niveles 1 y 2 de complejidad

Indicador	Antes	Después	% de variación
Proporción valor glosas	5,65	0,29	94,95
Proporción glosas	0,05	0,23	-328,66
Proporción utilidades	6,01	5,80	-3,42
Giro cama	0,37	0,33	-12,78
Promedio días estancia	1,69	1,88	-11,47
Giro quirófanos	0,77	0,37	-51,69
Proporción cancelación de cirugías	0,53	0,37	30,89
Proporción eventos adversos	8,94	21,95	-145,49
Proporción muertes por complicación anestésica	0,00	0,00	-
Proporción infección nosocomial	1,79	0,31	82,66
Proporción caída de cama o camilla	0,24	0,24	3,52

Cuadro 4. Comportamiento de indicadores y deltas de variación en el nivel 3 de complejidad

Indicador	Antes	Después	% de variación
Proporción valor glosas	4,64	4,52	2,54
Proporción glosas	4,31	4,91	-13,90
Proporción utilidades	5,28	7,24	37,27
Giro cama	0,16	0,15	-7,82
Promedio días estancia	4,39	4,83	-9,87
Giro quirófanos	3,88	4,02	3,51
Proporción cancelación de cirugías	8,69	8,44	2,79
Proporción eventos adversos	1,86	2,67	-43,51
Proporción muertes por complicación anestésica	0,00	0,00	-
Proporción infección nosocomial	4,00	4,00	-0,12
Proporción caída de cama o camilla	0,06	0,06	8,90

DISCUSIÓN

En Colombia y en general en el mundo, se han desarrollado muy pocos estudios que realmente midan el impacto de los procesos y resultados administrativos como elementos componentes de la calidad en salud, máxime si se trata de procesos apalancados en sistemas y estrategias, tales como la acreditación de los servicios. Estudios de gran magnitud, de los cuales el más reciente ejemplo es el IBEAS, tienen una clara orientación hacia la medición de indicadores relacionados con resultados asistenciales, tales como la gestión de eventos adversos y la seguridad del paciente (16). Aunque esto es finalmente lo que se busca con la implementación de sistemas de calidad en salud, se dejan de lado otros elementos igualmente importantes cuando se trata de garantizar la perdurabilidad de las instituciones y del sistema mismo.

Garantizar la calidad de la atención se ha convertido en prioridad de los sistemas de salud en algunos países europeos y en Estados Unidos (17), y puede decirse que igual sucede en Colombia, sin embargo no debe esperarse que los diferentes actores de los sistemas de salud se comprometan a trabajar en el proceso con el único incentivo del mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios; es también necesario que se evidencie la real utilidad del proceso en términos de eficiencia en el manejo de los recursos financieros, técnicos, humanos y de infraestructura (10).

Cobra especial relevancia medir los resultados relacionados con el funcionamiento administrativo de las instituciones que debe traducirse en un mejoramiento del manejo del recurso disponible para la gestión del aseguramiento, el aumento de cobertura y la prestación de los servicios, entre otros. Lo anterior resalta la importancia de diseñar indicadores que midan conceptos como el flujo del recurso financiero en el sistema, el aumento de la oferta de servicios, la mejor utilización de la capacidad instalada, la gestión de facturación, la generación de utilida-

des, la capacidad de negociación de glosas, etc., unos de alto interés para quienes gestionan el aseguramiento, otros indispensables para quienes regulan y financian el sistema, y otros que deben ser prioridad para los prestadores de servicios, y que son el objeto del presente trabajo.

Es necesario que los actores de los sistemas de salud se involucren directamente en los procesos de mejoramiento de la calidad. En este sentido se espera que en América Latina la acreditación podría, en el futuro cercano, no sólo limitarse a los prestadores de salud, sino también abarcar a toda la red involucrada en el manejo de la misma (18), como actualmente está establecido en Colombia en la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud, en el que se incluyen los aseguradores y los entes territoriales municipales y departamentales (4). La tarea sería entonces que desde los ministerios encargados de la salud en los diferentes países latinoamericanos se plantearan estrategias de financiación y estimulación hacia el logro de altos estándares de calidad, pero también que se plantee la manera en la cual los resultados y el impacto de esas estrategias sean medidos en términos de atributos de calidad en salud y de resultados administrativos y financieros (13).

De acuerdo con los resultados obtenidos al aplicar los indicadores propuestos, pudo evidenciarse que el comportamiento de la facturación en número y en valor aumentó, lo cual es altamente positivo, pero también lo hizo, aunque en menor proporción, el número de glosas. Un análisis más profundo en este sentido y teniendo en cuenta que entre las causas de glosa más frecuentes en el sistema están la falta de pertinencia, la falta de soportes y los errores en la codificación de acuerdo con los manuales tarifarios, pudiera indicar que el proceso de facturación no logró un mejoramiento significativo con la acreditación. Adicionalmente, y de acuerdo con la percepción subjetiva de algunas de las instituciones, los aseguradores responsables del pago de las cuentas de sus afiliados, están de alguna manera castigando la ocurrencia de eventos adversos y las complicaciones ocurridas con los pacientes,

las cuales, dicho sea de paso, aumentaron de forma significativa, debido probablemente a un mejoramiento en la cultura del reporte y gestión de estas situaciones, lo cual significaría que al aumentar el reporte, el aumento de la frecuencia es artificial y no en el número real de casos; esto, a juicio de los investigadores, sería el otro gran condicionante del aumento del número y valor de glosas.

Aunque por definición la acreditación debería llevar todos los resultados hacia el mejoramiento, la realidad es que algunos de ellos pueden aparentemente desmejorar como consecuencia de la generación de una cultura de detección y reporte que disminuye el subregistro con el consiguiente aumento de casos o eventos reportados. Esto es lo que pudo haber sucedido con dos de los indicadores relacionados con la calidad del servicio: *proporción de eventos adversos* y *proporción de infección nosocomial*, que tuvieron un comportamiento negativo, lo cual no es coherente con lo expresado por el ICONTEC (19) y contenido en la Guía práctica de preparación para la acreditación en salud (20), en el sentido de que el proceso permite obtener altos estándares de calidad. Sin embargo, de alguna manera, este es un comportamiento esperado no por desmejoramiento, sino más bien como consecuencia del florecimiento de una cultura de gestión del evento adverso por parte de las instituciones, la cual se basa precisamente en la búsqueda, identificación y reporte del mismo (21).

Durante la revisión bibliográfica realizada, no se encontraron estudios en los que se presentaran mediciones de indicadores relacionados con la administración del recurso durante los procesos de acreditación. Aunque de todas maneras lo que se busca es que se establezca un precedente en ese sentido, que se comience a dar la importancia que realmente tiene este aspecto en el quehacer de las instituciones y que se entienda como un componente integral de los procesos de calidad (22). En concordancia con lo anterior, se utilizaron indicadores relacionados con el trabajo administrativo, así como con

el manejo del recurso en cirugía y en hospitalización, los cuales al ser aplicados, deben describir las tendencias de comportamiento de estos procesos en el tiempo.

Los indicadores relacionados con el servicio de cirugía fueron el *giro quirófano* y la *proporción de cancelación de cirugías*. Puede decirse que el manejo del recurso de cirugía mirado desde estos dos indicadores tuvo una evolución positiva apalancado básicamente en el aumento del número de cirugías realizadas que alcanzó el 11,3 %.

En el servicio de hospitalización se exploraron el *giro-cama* y el *promedio días-estancia*. La conjugación de estos dos indicadores apunta claramente a que aumentó el número promedio de días que cada paciente permaneció hospitalizado. A primera vista todo esto puede significar una menor eficiencia en el manejo del recurso de camas hospitalarias, sin embargo ello no puede asegurarse ya que la causa podría estar, entre otras cosas, en un aumento de la complejidad de los pacientes hospitalizados, lo cual condiciona tratamientos más prolongados.

A pesar de que el trabajo relacionado con la calidad en la prestación de los servicios de salud en el mundo se inició en 1918, sólo hasta el decenio de 1980 se inició claramente un marcado desarrollo que hoy abarca a más de 70 países (23), por lo que puede decirse que se trata de un sistema relativamente joven. Es probable que, debido a lo anterior y al poco tiempo que como acreditadas, tienen las distintas instituciones en Colombia, al aplicar los indicadores y medir su variación en el tiempo, no se encontró que exista un tendencia clara hacia el mejoramiento que abarque tanto lo administrativo como lo asistencial, algunos indicadores reflejan retrocesos y otros adelantos. Lo anterior parece ir en la misma línea de lo encontrado por de Vos *et al.* cuando concluyen en su revisión bibliográfica en 2009, que los indicadores de calidad son eficaces para mejorar los niveles de atención hospitalaria existente, pero que no hay unificación en las estrategias ni en los logros obtenidos (24).

CONCLUSIONES

El artículo busca establecer un punto de partida para la generación constante de información que pueda ser utilizada por las instituciones que van a iniciar su proceso de acreditación, así como para la toma objetiva de decisiones, en las que ya están acreditadas. En este sentido, fue importante la evaluación con base en indicadores de gestión administrativa y financiera que deberían mejorar con el proceso. Se encontró, sin embargo, que no solo el mejoramiento no fue el esperado según lo expresado por las instituciones, sino que tampoco es claro que tenga una relación directa con el logro de la acreditación.

Al revisar la literatura en relación con los sistemas de acreditación y certificación de calidad en el mundo, si bien son muchas las investigaciones orientadas a medir atributos de calidad en la prestación de los servicios, muy pocas exploran los indicadores de eficiencia administrativa y del manejo del recurso asistencial. Probablemente debido a lo relativamente nuevo del sistema, no se pudo encontrar ningún estudio que relacionara el comportamiento de estos últimos con el proceso de acreditación.

Es importante resaltar el esfuerzo que están haciendo las instituciones de salud, para mejorar la calidad de sus servicios en todos los aspectos, entendiendo que el proceso nunca termina, que requiere inversiones y trabajo constantes y que los beneficios reales, según la percepción de las mismas instituciones, si bien son importantes en términos de calidad expresada en seguridad para el paciente, no se dan como reales ventajas al momento de contratar los servicios de salud y las tarifas a cobrar por ellos.

Como hallazgo importante, se evidenció que la forma en que se consolidan los datos e indicadores no es uniforme en las instituciones, por tal razón durante la aplicación del instrumento de recolección de datos, se encontró que los conceptos no eran entendidos de la misma manera por todos los participantes. Este es un aspecto que pudiera explicar en parte la gran variabilidad

encontrada en los resultados, y debería explorarse más a fondo para, en caso de corroborarse, aplicar los correctivos pertinentes que permitan garantizar que al consolidar la información a nivel nacional, se obtengan cifras realmente confiables.

La acreditación tiene como uno de sus principales objetivos, el mejorar la atención de los pacientes, éste se convierte además en un motivador importante para las instituciones que deciden iniciar el proceso. Adicionalmente, los niveles de calidad logrados deberían incrementar sus posibilidades de contratación dentro del sistema. En este sentido a pesar de tener altos estándares de calidad, no es claro que las aseguradoras tengan preferencia para contratar sus servicios, y más importante aún, no se evidencia ventaja alguna en los procesos de contratación sobre las instituciones que aún no los han alcanzado.

El estudio no permite asegurar que los cambios observados en las instituciones participantes, tengan una clara relación de causalidad con el proceso y la obtención de la acreditación. Solo se trata de una medición del antes y después de la acreditación en dichas instituciones con base en indicadores de calidad y de eficiencia administrativa y asistencial. En este orden de ideas, es necesario insistir en que se deben diseñar nuevos estudios semejantes al realizado por Lutfiyya en 2009 (25), en los cuales, mediante comparación, se puedan establecer claramente las diferencias entre los acreditados y los no acreditados. Adicionalmente es importante proponer estudios comparativos entre los diferentes sistemas de certificación y acreditación utilizados en salud a nivel nacional e internacional.

REFERENCIAS

1. Joint Commission International. Accreditation and certification process. [Fecha de último acceso 9 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.jointcommissioninternatio->

- nal.org/Accreditation-and-Certification-Process/
2. Suñol R. Editorial. *Int J Qual Health Care* 2000;12(6):451-454.
 3. International Society for quality in Health Care Inc. [Fecha de último acceso 9 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.isqua.org/Accreditations.aspx?men=29>
 4. Ministerio de Salud. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Diario Oficial 46 230 de abril 03 de 2006)
 5. Fundación Avedis Donabedian. [Fecha de último acceso 9 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.fadq.org>
 6. Ricardo A. Acreditación en salud: ventajas y posibilidades. [Fecha de último acceso 9 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.adepra.org.ar/nuevaweb/gestion/calidad/Acreditacionensaludventajasposibilidades.pdf>
 7. Ministerio de Salud. Decreto 2174 de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Diario Oficial No. 42 931, del 3 de diciembre de 1996)
 8. Ministerio de Salud. Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Diario Oficial N° 44 967 del 17 de octubre de 2002).
 9. Ministerio de Salud. Resolución 1445 de 2006 por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones (Diario Oficial No. 46 271 de 2006 de 17 de mayo de 2006).
 10. Ministerio de Salud. Resolución 1446 de 2006 Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Diario Oficial 46 271 de mayo 17 de 2006).
 11. Ministerio de Salud. Circular externa 030 de 2006 por la cual se establecen los indicadores de monitoría del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y se definen las Instrucciones en materia de indicadores de calidad. (Diario Oficial 46 278 de mayo 24 de 2006).
 12. Ministerio de Salud. Circular única 056 de 2009 – Sistema de Indicadores de Alerta Temprana. [Fecha de último acceso 23 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/CircularesExternas/2009/CIRCULAR-EXTERNA-056-DE-2009.pdf>
 13. Ministerio de Salud. Decreto 4295 de 2007 por el cual se reglamenta parcialmente la ley 872 de 2003 (Diario Oficial 46 804 de noviembre 06 de 2007).
 14. Ministerio de Salud. Decreto No. 46763 de 26 de septiembre de 2007).
 15. Arce H. Los programas de acreditación en América Latina. *Revista del ITAES* 2006;8(1).
 16. Aranaz J, Aibar C. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 2009. [Fecha de último acceso 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf
 17. Busse R, Nimptsch U, Mansky T. Measuring, monitoring, and managing quality in Germany's Hospitals. *Health Affairs* 2009;28(2):294–304.

18. Novaes H, Neuhauser D. Hospital Accreditation in Latin America. *Rev Panam Salud Pública* 2000;7(6):425-430.
19. Instituto Colombiano de Normas técnicas y Certificación – ICONTEC. Minisitio Sistema Único de Acreditación en Salud. Disponible en: http://www.icontec.org/BancoConocimiento/A/acreditacion_en_salud/acreditacion_en_salud.asp?CodIdioma=ESP&codMenu=67&codSubMenu=0&codItem=0.
20. Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services – Qualimed. Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud. 2007. [Fecha de último acceso 9 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16457DocumentNo4830.PDF>.
21. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammarw, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *Int J Qual Health Care* 2008;20(5):363-371.
22. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2008;20(3):172–183
23. Suñol R, Nicklin W, Bruneau Ch, Whittaker S. Promoting research into healthcare accreditation/external evaluation: advancing an ISQua initiative. *Int J Qual Health Care* 2009;21(1):27-28.
24. De Vos M, Graafmans W, Kooistr M, Meijboom B, Van Dervoort P, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2009;21(2):119-129.
25. Lutfiyya M, Sikka A, Mehta S, Lipsky M. Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals. *Int J Qual Health Care* 2009;21(2):112-118.

