



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**Maestría en Administración de Servicios de Salud**

**Proceso de acreditación según la Organización Nacional  
de Acreditación.**

**Estudio de caso: hospitales oncológicos de Paraná, Brasil  
(2019)**

Autor: Lic. Luciano Cicero da Silva

Director: Dra. Silvia Vouillat

Co-director: Prof. Claudio Paradiso

**Buenos Aires, 2022**



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**Proceso de acreditación según la Organización Nacional  
de Acreditación.**

**Estudio de caso: hospitales oncológicos de Paraná, Brasil  
(2019)**

Tesis presentada a la Universidad de Ciencias  
Empresariales y Sociales (UCES) como parte de los  
requisitos del posgrado en Maestría en  
Administración de Servicios de Salud para la  
obtención del título de Magíster.

Buenos Aires, Argentina

2022

## **Palabras alegóricas**

A Dios, por haberme dado una existencia sorprendente.

A mi hermana Claudia Silva, el verdadero sol de mi vida que ilumina mis pasos y me acompaña desde el corazón.

A mi gran amigo Paulo Sérgio Gonçalves, por manifestar el verdadero sentido de la amistad.

A toda mi familia y amigos, por estar a mi lado en todo el proceso de aprendizaje de la maestría.

## **Agradecimientos**

Agradezco a mi hermana Claudia Silva por motivarme siempre a estudiar más, a seguir mis metas y a luchar por un mejor espacio en esta vida. Fue de fundamental importancia para mi crecimiento personal y profesional.

A mi asesor el Prof. Esp. Claudio Paradiso, por facilitar el desarrollo de esta investigación, ser un verdadero navegante en el mar tormentoso de la cultura de la gestión por la calidad, con una visión muy clara, ampliando mi percepción de lo que realmente tendría sentido en el desarrollo de este trabajo.

A la profesora Dra. Silvia Vouillat, por el dinamismo, la capacidad técnica y la orientación ejemplar en el proceso de desarrollo y apoyo de los alumnos del curso.

A la profesora Florencia Bernhardt por haber agilizado todo el proceso de extensión de la tesis, facilitando y posibilitando la conclusión.

A UCES, por habernos permitido una formación multicultural, con estudiantes de diferentes países, profesores de amplia experiencia y un proceso práctico tanto de metodología como de logística.

A los compañeros, cuyos sueños, expectativas, conocimientos y desafíos fueron compartidos. Nos convertimos en un equipo que se apoyó mutuamente para que todo saliera como lo esperábamos.

Finalmente, quiero agradecer a todos los profesionales que participaron en la investigación, así como a las organizaciones de salud que permitieron llevar a cabo este trabajo, y de esta manera, agregar valor a otras organizaciones que buscan la excelencia.

# Índice

1. Introducción .....	1
1.1. Problema .....	1
1.2. Justificación .....	4
1.3. Antecedentes de la investigación .....	6
1.4. Formulación de la pregunta de investigación .....	8
2.1. Objetivo general .....	8
2.2. Objetivos específicos.....	8
2.3. Organización y estructura de presentación .....	9
3. Marco Teórico.....	10
3.1. Una aproximación a la historia de la acreditación.....	10
3.2. El hospital como sistema.....	11
3.3. Calidad y acreditación .....	12
3.3.1. Las dimensiones de la calidad y herramientas para su medición.....	17
3.3.2. Implementación de evaluación de la calidad en las organizaciones .....	21
3.3.3. Acreditación en las organizaciones de salud .....	24
3.3.5. Motivaciones y objetivos de la adopción de Estrategia de Acreditación .....	26
3.4. Calidad percibida como estrategia competitiva.....	32
3.4.1. El desafío de la estrategia y la competitividad en las organizaciones .....	34
3.4.2. Calidad en los servicios de salud .....	35
3.5. El contexto del área de Salud en Brasil .....	39
3.5.1. Modelos de Acreditación utilizados en Brasil .....	42
3.5.2. Organización Nacional de Acreditación .....	42
4. Metodología .....	45
4.1. Unidad de Análisis .....	45
4.1.1. Ética: consentimiento informado y acreditación de comité ética de los hospitales.....	46

4.2. Variables de muestra .....	46
4.2.1. Criterios de inclusión y de exclusión .....	49
4.3. Técnica de obtención de datos .....	49
4.4. Procedimientos .....	50
5. Presentación de datos y Análisis de resultados .....	51
5.1. Instituciones participantes .....	51
5.1.2. Escala de organizaciones participantes .....	52
5.1.3. Condición de acreditación .....	53
5.2. Eficacia .....	55
5.3. Efectividad .....	58
5.4. Eficiencia .....	59
5.5. Optimización.....	61
5.6. Aceptabilidad.....	64
5.7. Legitimidad.....	67
5.8. Equidad .....	69
5.9. Estructura .....	71
5.10. Procesos .....	75
5.11. Resultados.....	77
5.12. Conclusiones parciales .....	80
6. Conclusiones .....	88
6.1. Implicaciones para la práctica .....	89
6.2. Limitaciones y prospectivas .....	90
7. Bibliografía .....	91
8. Anexos .....	100

## Índice de Gráficos

<i>Gráfico 1</i> .....	53
<i>Gráfico 2</i> .....	54
<i>Gráfico 3</i> .....	56
<i>Gráfico 4</i> .....	58
<i>Gráfico 5</i> .....	60
<i>Gráfico 6</i> .....	62
<i>Gráfico 7</i> .....	65
<i>Gráfico 8</i> .....	67
<i>Gráfico 9</i> .....	70
<i>Gráfico 10</i> .....	72
<i>Gráfico 11</i> .....	75
<i>Gráfico 12</i> .....	78
<i>Gráfico 13</i> .....	82

## Índice de Tablas

Tabla 1 .....	5
Tabla 2 .....	47
Tabla 3 .....	52
Tabla 4 .....	53
Tabla 5 .....	54
Tabla 6 .....	55
Tabla 7 .....	57
Tabla 8 .....	61
Tabla 9 .....	63
Tabla 10 .....	66
Tabla 11 .....	68
Tabla 12 .....	71
Tabla 13 .....	74
Tabla 14 .....	76
Tabla 15 .....	79
Tabla 16 .....	82

## Índice de Cuadros

Cuadro 1.....	3
Cuadro 2.....	14
Cuadro 3.....	15

## **Siglas**

ANS – Agencia Nacional de Salud

CNES – Registro Nacional de Agencias de Salud

CTC – Control Total de Calidad

EFQM – *European Foundation for Quality Management*

JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*

JCI – *Joint Commission International*

JCR – *Joint Commission Resources*

IBGE – Instituto Brasileño de Geografía y Estadística

ISQua – *International Society for Quality and Healthcare*

ISO – *International Organization for Standardization*

OMS – Organización Mundial de la Salud

ONA – Organización Nacional de Acreditación

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PIB – Producto Interno Bruto

NQA – *National Quality Award*

SUS – Sistema Único de Salud

## Resumen

El área de la salud fue una de las últimas en buscar los modelos de calidad y mejora continua. Los procesos de acreditación en dicha área en Brasil son sumamente nuevos y, con el paso del tiempo, los procesos de la práctica de la asistencia han sido cada vez más complejos, teniendo en cuenta el cambio epidemiológico y demográfico que se ha producido en los últimos años, más específicamente, una población con un gran porcentaje de enfermedades crónicas.

Ante este escenario, el desafío que las organizaciones de salud enfrentan en Brasil respecto de su financiamiento está vinculado con el proceso de acreditación. Así, surgieron los interrogantes ¿Añade valor estar acreditado? ¿Cuáles son los beneficios en términos de resultados?, entre otros. A partir de estas inquietudes, este trabajo se corresponde con un estudio descriptivo con base en una investigación bibliográfica exhaustiva y la aplicación de una encuesta estructurada a los responsables de 26 (veintiséis) hospitales oncológicos de Paraná, Brasil (2019), de las cuales, hasta el momento, 13 (trece) estaban acreditados y 13 (trece) no lo estaban.

Esta investigación pretende hacer una descripción de dichas instituciones y compararlas respecto de las principales dimensiones de la calidad desde la perspectiva de Avedis Donabedian, quien actualmente es una referencia para los principales modelos de acreditación.

**Palabras clave:** Acreditación sanitaria; Cultura de calidad; Hospitales Acreditados ONA; Dimensiones de calidad.

## **ABSTRACT**

The health area was one of the last to look for models of quality and continuous improvement. Accreditation processes in this area in Brazil are extremely new and, over time, the processes of care practice have become increasingly complex, taking into account the epidemiological and demographic change that has occurred in recent years. years, more specifically, a population with a large percentage of chronic diseases.

Given this scenario, the challenge that health organizations face in Brazil regarding their financing is linked to the accreditation process. Thus, the questions arose: Does being accredited add value? What are the benefits in terms of results?, among others. Based on these concerns, this work corresponds to a descriptive study based on an exhaustive bibliographical research and the application of a structured survey to those responsible for 26 (twenty-six) cancer hospitals in Paraná, Brazil (2019), of which, so far, 13 (thirteen) were accredited and 13 (thirteen) were not.

This research aims to describe these institutions and compare them with respect to the main dimensions of quality from the perspective of Avedis Donabedian, who is currently a reference for the main accreditation models.

**Keywords:** Health accreditation; Quality culture; ONA Accredited Hospitals; quality dimensions

# **1. Introducción**

## **1.1. Problema**

Brasil es un país de dimensiones continentales: tiene una población de 209 millones de personas distribuidas en 26 provincias y 5570 municipios, las cuales son atendidas por diferentes organizaciones de salud, aproximadamente 6.000 entre hospitales públicos, privados y filantrópicos (Banco Mundial, 2017, pp. 108, 121-123).

Por su parte, Paraná tiene 11 millones de habitantes, 28 hospitales oncológicos, 18 de ellos acreditados, y 28.182 camas. Para este estudio, se han elegido 26 de dichas instituciones: 8 en Curitiba, 6 en la ciudad de Maringá, 4 en la ciudad de Londrina, 2 en la ciudad de Cascavel, 2 en la ciudad de Foz do Iguaçu, 2 en la ciudad de Ponta Grossa y 2 en la ciudad de Pato Branco.

Rooney y Ostenberg (1999) afirman que, en la última década, el control de calidad en los sectores industriales y de servicios se ha expandido al sector de la salud, por lo que, en la actualidad, la mayoría de los gerentes y responsables de políticas en esta área consideran que la evaluación y el control de calidad, así como las actividades de mejora del desempeño son imperativos (p. 5).

Por otro lado, según la Asociación Nacional de Hospitales Privados (2019) la estructura de salud pública en Brasil contempla que los usuarios no paguen por los servicios. Por su parte, la salud privada es gestionada por los operadores de los planes de salud; y en el caso de los hospitales filantrópicos, estos atienden al 60 % de los pacientes de la salud pública y al 40 % de los planes de salud o pacientes privados por ley (ANHAP, p. 53-92).

Teniendo en cuenta lo anterior, y poniendo el foco en quienes pagan una cuota mensual por los servicios de salud, según Mezomo (2001) se observa que actualmente los usuarios tienen un nuevo perfil: más crítico, más consciente de sus derechos, más protegido por la ley y más cuidadoso con su dinero, lo que, sumado a aumento de los costos de atención médica, hace que los gerentes prioricen la gestión de la calidad.

Por su parte, a nivel poblacional, es relevante considerar la investigación debido a que la provincia de Paraná cuenta con una población de más de 11 millones de habitantes, por lo tanto, el desempeño de los hospitales de esta provincia impacta directamente en las estadísticas del estado.

Es preciso saber que Brasil utiliza alrededor del 4 % del PIB. Es decir, aproximadamente 27 mil millones de dólares en Salud, lo que, unido a la crisis de gestión en esta área que se verifica por la precariedad de la asistencia, ha justificado el esfuerzo por implementar programas de calidad total con el objetivo de mejorar los servicios prestados y reducir el desperdicio (Informe del Tesoro Nacional, 2018, p. 10). Así, entendemos que, para lograr estos objetivos, las instituciones públicas y privadas trabajan a la par con el fin de desarrollar herramientas de evaluación basadas en las experiencias acumuladas en otros países.

Según Couto y Pedrosa (2007), la acreditación es una forma de demostración de compromiso social que comienza a crecer en Brasil con el fin de que los servicios de salud, gradualmente, sean menos desiguales. Actualmente, hay servicios de excelente calidad y que hasta se pueden comparar con los más prestigiosos del mundo. Pero también hay otros no tienen el nivel antes mencionado, y sin embargo son de muy buena calidad y dan cierta seguridad al paciente y a los profesionales de la salud.

La estructura organizativa de los hospitales que participaron en el cuestionario está directamente relacionada con la naturaleza de su trabajo, ya sean hospitales privados, públicos o filantrópicos. Estas características definen cómo se organizan, cómo se financia el servicio y la estructura de los recursos humanos. Todos estos aspectos pueden influir en la forma de definir las estrategias de gestión de la calidad.

## Cuadro 1

### Caracterización de los hospitales

HOSPITALES PÚBLICOS	HOSPITALES PRIVADOS	HOSPITALES FILANTRÓPICOS
<b>MODELO DE GESTIÓN</b>		
Hospitales sin ánimo de lucro gestionados por el municipio o el Estado	Hospitales con ánimo de lucro, gestionados por socios, administradores o financiadores de la medicina prepaga	Hospitales sin ánimo de lucro, dirigidos por un consejo de administración, con el objetivo de atender al 60% de los pacientes de la sanidad pública.
<b>ESTRATÉGIA DE NEGOCIO - MISSION</b>		
Cumplir con la legislación de salud pública para la atención de los pacientes registrados en el Sistema Único de Salud - SUS	Buscar la sostenibilidad financiera a través de la medicina prepaga, ofreciendo alta tecnología y recursos terapéuticos de mayor calidad	Con una gran herencia de las estructuras de los hospitales de la misericordia, se apuesta por una atención más humanizada a los pacientes del Sistema Único de Salud, y por la búsqueda de la sostenibilidad mediante la atención a la medicina prepaga y a los pacientes privados.
<b>SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA</b>		
Hospitales subvencionados con transferencias federales, estatales o municipales	Hospitales con recursos provenientes de la medicina prepaga (operadores de salud) y de la atención privada.	Hospitales con recursos provenientes del SUS 60% de los ingresos, y 40% de la medicina prepaga y privada.
<b>RECURSOS HUMANOS Y CAPACIDAD DE SERVICIO</b>		
Profesionales contratados por el gobierno a través de oposiciones. Capacidad de servicio media debido a la necesidad de aprobación de licitaciones por parte del gobierno	Profesionales contratados de acuerdo con la legislación laboral. Mejor dimensionamiento y capacidad de trabajo gracias al modelo de negocio.	Profesionales contratados de acuerdo con la legislación laboral. Menor tamaño y capacidad de trabajo porque dependen de los fondos del gobierno, donde el pago por la prestación de servicios es parcial.

**Nota.** Elaborada por el autor con base en la caracterización del Banco Mundial. Fuente: (Banco Mundial, 2017, pp. 108, 121-123).

A partir de lo expuesto en los párrafos precedentes, se observan dificultades en los procesos de acreditación, tanto de los hospitales oncológicos públicos como de los privados, de Paraná Brasil relacionados con el cambio de cultura institucional, con la implementación de

prácticas orientadas a la seguridad del paciente, con la adopción y ejecución de protocolos basados en el perfil epidemiológico de las organizaciones, con la implementación de indicadores que muestren la mejora de los procesos y resultados asistenciales, financieros y con impacto en la sociedad (como los indicadores que puedan mostrar que las acciones enfocadas a la medicina preventiva o a la atención primaria pueden reflejarse en el perfil de los pacientes crónicos y crónicos complejos que ingresan en los hospitales).

Existe la percepción de que la implementación de la acreditación también trae mejoras en los indicadores de calidad y de rendimiento, por lo cual, para la realización de este trabajo se ha utilizado información de hospitales públicos, privados y filantrópicos con certificación de calidad para poder compararlos y así contribuir con el aporte de datos para mejorar el análisis de la efectividad de los procesos de acreditación.

Tanto los desafíos mencionados anteriormente como la acreditación *per se* se corresponden con los servicios de salud independientemente de sus características (públicos, privados, filantrópicos). Este fue el punto clave para la definición del tema que abordamos en el presente trabajo.

## **1.2. Justificación**

Lo expuesto en el punto inmediatamente anterior abre camino a la importancia de la realización de este trabajo para el que se han considerado 26 hospitales oncológicos de la provincia de Paraná, ubicada en la región sur de Brasil. La elección de hospitales un solo Estado tiene que ver con las dimensiones continentales de Brasil que, por ser muy grande, tiene muchas diferencias regionales, culturales, de financiación y logísticas en la atención de la salud, de modo que cuando se hace un registro en una región específica, es más fácil comprender un contexto.

**Tabla 1***Mapa Geográfico de Brasil y Paraná*

Mapa geográfico de Brasil y de la provincia de Paraná	
	 <p>Hospitales que participaron en la encuesta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospitales Acreditados</li> <li>● Hospitales no Acreditados</li> </ul>
Brasil	Estado de Paraná
<b>Población:</b> 211 millones	<b>Población:</b> 11 millones
<b>Hospitales oncológicos:</b> 427 (incluyendo el público privado y filantrópico)	<b>Hospitales oncológicos:</b> 28 (incluyendo el público privado y filantrópico)
<b>Habilitaciones por tipo</b>	<b>Habilitaciones por tipo</b>
Oncología pediátrica: 94	Oncología pediátrica: 7
Oncología Clínica: 360	Oncología Clínica: 17
Radioterapia: 154	Radioterapia: 12
Oncología quirúrgica: 284	Oncología quirúrgica: 28
<b>Hospitales Acreditados:</b> 85	<b>Hospitales Acreditados:</b> 16 (13 participaron en la encuesta)

*Nota.* Elaboración propia basada en Cadastro Nacional de Establecimientos de Salud (2019, p. 12).

De manera más específica, consideramos que este trabajo es importante tanto en la práctica como en la esfera académica debido a que nos permitirá construir conocimientos vinculados a los diferentes aspectos que conforman los procesos de acreditación de los hospitales, tanto públicos como privados, en qué aspectos difieren y en cuáles coinciden, así como a acceder a los resultados actualizados de los procesos de acreditación de los diferentes tipos de hospitales. A nivel institucional, hay 18 hospitales acreditados en Paraná, por lo que la evidencia de los resultados entre los hospitales acreditados en comparación con los no

acreditados puede ser un estímulo a nivel estatal para que los hospitales no acreditados busquen la calificación y la preparación para los procesos de acreditación.

Respecto de la relevancia académica, esta investigación intenta aportar evidencias, datos y conocimientos para que los profesionales sanitarios puedan entender mejor los procesos de acreditación y pueda ser utilizado para desarrollar mejores prácticas de gestión y atención, contribuyendo así a un mejor desempeño de los servicios sanitarios.

Expuesto todo lo anterior, este trabajo surge de la necesidad de estudiar de qué manera la acreditación de los hospitales beneficia —o no— tanto a sus pacientes como su personal profesional y de oficio teniendo en cuenta las principales dimensiones de la calidad desde la perspectiva de Avedis Donabedian.

### **1.3. Antecedentes de la investigación**

Ana María Saut (2016) en su tesis de Maestría intitulada *Evaluación del impacto de programas de acreditación en instituciones de salud brasileñas: contribución de un estudio bibliométrico e investigación de evaluaciones*, realizó una amplia investigación sobre la acreditación en Brasil, y sugiere que se exploren las dimensiones de la calidad definidas por Donabedian, para la base de los modelos de acreditación nacionales e internacionales.

De manera más específica, la autora antes mencionada intentó identificar el proceso de acreditación de los hospitales de Brasil mediante un trabajo extenso basado en variables como el perfil epidemiológico diverso y la diferencia entre los hospitales que participaron de su estudio.

Estos aspectos pueden ser investigados en profundidad en regiones específicas del país, con información más homogénea, y pueden presentar resultados que reflejen la realidad de cada región investigada.

Malik y Teles (2001) en su artículo *Hospitales y programas de calidad en el Estado de São Paulo* proponen que los resultados relacionados con la calidad se midan mediante indicadores; y Manzo (2009), tras realizar una encuesta con profesionales de enfermería de un hospital que volcó en su tesis de Maestría *El proceso de acreditación hospitalaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios*, propone que la percepción de la calidad sea evaluada por varios hospitales y profesionales.

Otros antecedentes son los de David Greenfield, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva Gales del Sur, en Sydney (Nueva Gales del Sur), Australia, y de Jefferey Braithwaite, quien sugirió la realización de un fondo de los efectos de la acreditación en los servicios de salud.

Consideramos pertinente destacar el estudio de los médicos e investigadores Marlene Miller, Peter Pronovost, Michele Donithan, Scott Zeger, Chunliu Zhan, Laura Morlock y Gregg Meyer (2005), dirigido por la pediatra Miller del Hospital Johns Hopkins de los Estados Unidos porque resaltan el proceso de acreditación de los hospitales en relación con el desempeño de los profesionales.

Parece haber consenso, según diversos autores y a partir de la bibliografía consultada en que la acreditación actúa como promotora de cambios organizacionales, cambios de gestión de los procesos, prácticas de seguridad y en los comportamientos de las personas (Charles D. Shaw Greenfield y Braithwaite, 2008; Neto y Malik, 2007; Sekimoto et al., 2008; Devers et al., 2004).

Así, a partir de estos estudios que consideramos como antecedentes pues arrojan luz sobre la presente investigación por las perspectivas de sus investigadores es posible notar la vacancia de trabajos en el área en la que hacemos foco, de manera más específica, sobre las dimensiones de la calidad en los hospitales de Brasil; en nuestro caso, en los hospitales oncológicos acreditados y los no acreditados en Paraná, 2019.

## **1.4. Formulación de la pregunta de investigación**

Basándose en los aspectos mencionados anteriormente, es así que surge la pregunta de la investigación: ¿Cuáles son las principales dimensiones de la calidad desde la perspectiva de Avedis Donabedian aplicados en los principales modelos de acreditación de los hospitales oncológicos de Paraná, Brasil, durante el periodo 2019?

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

Describir y exponer los resultados de los procesos de acreditación en hospitales oncológicos públicos y privados (acreditados y aún no acreditados) en Paraná, Brasil (2019) teniendo en cuenta las principales dimensiones de la calidad desde la perspectiva de Avedis Donabedian en el año 2019.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Explicar las dimensiones de calidad según el Dr. Avedis Donabedian en relación con el proceso de acreditación en los hospitales oncológicos de Paraná, Brasil en 2019.
- Identificar los pasos del proceso de acreditación de los hospitales oncológicos públicos y privados de Paraná, Brasil en 2019.
- Indagar las opiniones de los profesionales en relación con la importancia del proceso de acreditación de las instituciones.

### **2.3. Organización y estructura de presentación**

En el primer capítulo, nos encontramos con la introducción, el problema y la justificación del tema abordado en esta investigación, así como los antecedentes que nos arrojan luz para indagar algunas aristas pertinentes.

En el segundo capítulo, nos encontramos con el objetivo principal, con los objetivos específicos y con la organización y la estructura de presentación.

En el tercer capítulo presentamos el marco teórico, la base sobre la que analizaremos nuestro objeto de estudio. Más específicamente, presentamos las dimensiones de calidad según Avedis Donabedian, que, en este trabajo, se convierten en variables de análisis.

En el capítulo 4, presentamos la metodología implementada para llevar a cabo este estudio de caso.

En el capítulo 5, consideramos el análisis de los resultados a la luz de la teoría expuesta en el tercer capítulo.

En el sexto capítulo, nos encontramos con las conclusiones de la tesis.

Por último, tenemos la bibliografía sobre la que se asienta este trabajo y los anexos, como las encuestas realizadas a las instituciones hospitalarias.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1. Una aproximación a la historia de la acreditación**

En 1910, el cirujano estadounidense Ernest Codman presentó el primer intento de evaluar el cuidado de la salud, hecho que sentó bases para poder hablar de acreditación de servicios de salud. Este médico desarrolló un sistema de normalización del hospital basado en la evaluación del resultado final, llamado Sistema de Normalización del Resultado Final (CBA, 2007).

En 1917, el Colegio Americano de Cirujanos desarrolló la Norma Mínima para Hospitales con el objetivo de mejorar la precaria situación de los hospitales estadounidenses y la práctica de la salud. Los estándares incluían la necesidad de un personal clínico con licencia, de carácter y con ética profesional, el requisito de registro de todas las atenciones y la provisión de instalaciones adecuadas para el diagnóstico y tratamiento (Kluck, Guimarães, Ferreira y Prompt 2002).

Estas normas, como muestran sus nombres, reflejaban inicialmente el mínimo necesario para el buen funcionamiento de los hospitales. Con la mejora de estos, mayor rigor y expansión de sus áreas de cobertura, comenzaron a reflejar las condiciones óptimas para el funcionamiento de una organización de salud (Schiesari, 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior, el desarrollo del proceso de acreditación se fue afianzando paulatinamente y en 1951, se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, rebautizada en 1987 como Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO). Apenas inaugurada, esta institución estaba compuesta por el Colegio Americano de Cirujanos, el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Médica Americana, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica Canadiense. Hasta 2007, acreditó alrededor de 15.000 organizaciones de salud en los EE.UU. (CBA, 2007, p. 5).

Al mismo tiempo, varios países de distintos continentes desarrollaron sus propios modelos de acreditación, entre ellos, Australia —el primer país en tener un sistema de acreditación propio—, Francia, República Checa, Hungría, Finlandia, Polonia, Sudáfrica, Corea, Taiwán, Japón, Argentina, Bolivia, Colombia, República Dominicana, España, Reino Unido, Países Bajos, Alemania, Irlanda, Dinamarca, Turquía, Filipinas, Portugal y Brasil (CBA, 2007).

En 1998 fue creada la *Joint Commission International* (JCI) a partir de la *Joint Commission Resources* (JCR), instituciones que evalúan la calidad de atención y servicio de las instituciones de salud a nivel internacional. En 2007, se encontraron más de 40 organizaciones acreditadas en diferentes países (CBA, 2007).

De manera particular, y porque atañe directamente a nuestro estudio, en Brasil, la acreditación de las organizaciones de salud comenzó a ser discutida en la década de 1990 a partir del incentivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que desarrolló un instrumento específico para América Latina. En 1998 se creó la Organización Nacional de Acreditación (ONA), que es la institución responsable de establecer las normas y controlar el proceso de acreditación. Esta institución está integrada por representantes de entidades nacionales, por representantes del gobierno local, por compradoras y proveedores de servicios de salud. En mayo de 2007, 79 hospitales fueron acreditados por la ONA (ONA, 2018).

### **3.2. El hospital como sistema**

El hospital, entendido como una institución de profesionales en atención médica es un sistema complejo que consta de diferentes métodos y que necesita un proceso organizativo (Couto y Pedrosa, 2007). Así, también se lo puede entender como una unidad económica que tiene vida propia y difiere de otras compañías porque su propósito principal es mantener y acompañar la salud de sus pacientes. De esta forma, lo que un hospital debe ofrecer es una serie

de servicios prestados a sus pacientes como parte del proceso de tratamiento, controlado por un buen equipo de ejecución y una administración completa (Couto y Pedrosa, 2007).

Bittar (2006) resume la estructura hospitalaria en cuatro grandes componentes: recursos humanos, recursos materiales permanentes, recursos materiales de consumo y recursos de utilidad pública. Estos componentes están distribuidos en diferentes áreas y subáreas que tienen características específicas. Los procesos están presentes en todas las áreas y se dividen en dos tipos: los que se aplican directamente a los pacientes y los que brindan apoyo o atención entre las áreas y las subáreas. Así, en este tipo de institución, para que todo funcione de manera correcta desde el ingreso hasta el diagnóstico y luego los tratamientos médico-terapéuticos, también tiene que existir una infraestructura y productos adecuados al perfil de sus clientes (Couto y Pedrosa, 2007).

Por su parte, según la investigación de Manzo (2009), las organizaciones de salud conocidas con atención son parte de un contexto complejo que demandan acciones coherentes con el mundo globalizado para adaptarse al mercado, tener buen desempeño así como seguridad en los procesos. La preocupación por la salud del consumidor y con las instituciones que atiende al sector es pauta recurrente de innumerables políticas públicas en todo el mundo y en todos los Estados y municipios brasileños. En la definición de calidad en la prestación de servicios de salud entran varios aspectos y características que deben ser contemplados para que la institución se encuadre en ese criterio.

### **3.3. Calidad y acreditación**

El concepto de calidad ha acompañado a la historia de la humanidad y sigue siendo un tema de gran interés (Feigenbaum, 2007; Nevers, 1993; Reeves y Bednar, 1994). Aunque está presente en numerosas publicaciones académicas y fuente de preocupación para los directivos de las organizaciones contemporáneas, no hay una única definición del concepto.

A lo largo del tiempo, la calidad ha sido definida como excelencia, valor, conformidad con especificaciones o el cumplimiento a las expectativas de los clientes, y también se ha utilizado para describir una amplia variedad de fenómenos (Reeves y Bednar, 1994).

En línea con la perspectiva de la sinonimia de la calidad con la excelencia, Houaiss y Villar (2001) han definido al primer concepto como aspecto superior o atributo distintivo positivo que hace que alguien o algo se destaquen de los demás, es decir, la diferenciación.

Por último, la *European Organization for Quality* (2010) define calidad como la suma de los aspectos distintivos de un producto o servicio que establecen la capacidad para satisfacer una determinada necesidad o deseo.

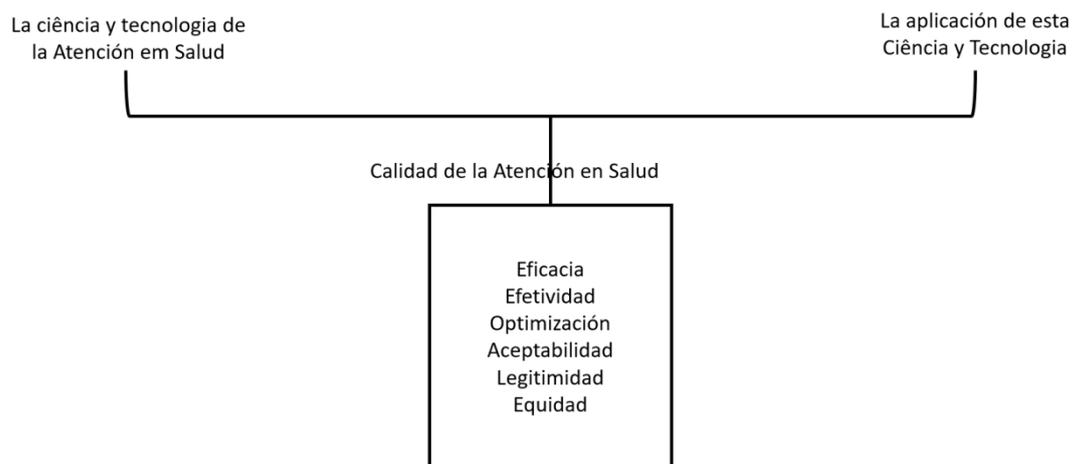
Como vimos en las líneas precedentes, prácticamente la mayoría de las definiciones de calidad están asociadas con el esfuerzo para obtener y garantizar la calidad en el rendimiento. Sin embargo, la precisión del concepto no resulta suficiente para poder analizar el objeto del presente trabajo.

A propósito de lo anterior, y de manera más específica en lo que a esta investigación respecta, el médico libanés Avedis Donabedian (1990; 2003), pionero teórico en lo que respecta a la calidad en los servicios de salud, definió los pilares de la calidad y los conceptos fundamentales para la evaluación sanitaria: la acreditación se define como un proceso para mejorar la calidad, la eficiencia y la eficacia de una organización de salud, incluyendo sus estructuras (1990, p. 2). En otras palabras, se basa en la adhesión a patrones fundados en evidencias que producirán un formato confiable de servicios de salud de mayor calidad y desarrollados en un ambiente más seguro tanto para los profesionales como para la población. Así, la disminución de la variación de estructuras y procesos administrativos y clínicos — similar a la contribución de directrices de práctica clínica— será, por lo tanto, un mecanismo poderoso para mejorar la calidad del cuidado de salud y, finalmente, los resultados de salud (*Canada International Accreditation*, 2014, p. 25) De forma más específica, los 7 pilares de

calidad según Donabedian (1990) son: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.

## Cuadro 2

### *Componentes de la calidad de la atención sanitaria*



**Nota.** Elaboración propia basada en *The seven pillars of quality*. Donabedian, A.1990. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, p. 3.

A continuación, podemos explicar los pilares de calidad según Donabedian (1990, pp. 1-4) de la siguiente manera:

*Eficacia*: es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención médica para traer mejoras en la salud y el bienestar;

*Efectividad*: se refiere a la mejora de la salud lograda o esperada en circunstancias comunes de la práctica diaria;

*Eficiencia*: es una medida del costo con el cual se logra una mejoría en la salud;

*Optimización*: el equilibrio entre costo y beneficio;

*Aceptabilidad:* está relacionado con las preferencias del paciente, teniendo en cuenta la accesibilidad, la relación paciente-profesional, ocio, efectos del cuidado y el costo de la atención;

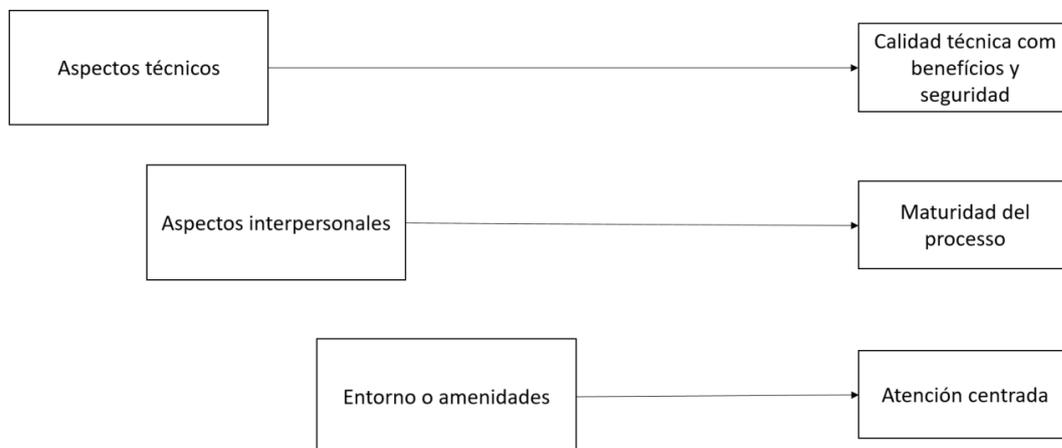
*Legitimidad:* se refiere a la conformidad con las preferencias sociales, teniendo en cuenta los aspectos del punto anterior;

*Equidad:* se refiere a la distribución de la atención y en los beneficios entre los miembros de la población.

Teniendo en cuenta los pilares en los que se basa y se mide la calidad en la atención médica, podemos inferir que esta está atravesada por aspectos interpersonales, técnicos y por el entorno y las eventualidades que puedan ocurrir.

### Cuadro 3

#### *Calidad en Atención Médica según Avedis Donabedian*



**Nota.** Elaboración propia basada en: Lemus, J. D.; Oroz, V.; Lucioni, M. C.; et al (2009, p. 456).

Ahora bien, con base en los pilares de Avedis Donebedian, la Organización Nacional de Acreditación (2018) definió los criterios de acreditación para los servicios de salud en Brasil. A partir de la comprensión de las dimensiones del médico antes mencionado y del modelo de

acreditación ONA pretendemos evaluar cómo funciona la acreditación en los hospitales oncológicos de Paraná, Brasil, en los que hacemos foco en este trabajo.

Sin embargo, para poder contar con el respaldo teórico específico que nos permitirá analizar nuestro objeto de estudio, es preciso tener en cuenta el vínculo entre algunos conceptos aquí centrales: calidad y asistencia sanitaria. Así, para D’Innocenzo, Feldman, Fazenda, Helito y Ruthes (2010) la calidad de la asistencia sanitaria en función de un conjunto de elementos incluye: alto grado de competencia profesional, eficiencia en la utilización de recursos, mínimo de riesgos y alto grado de satisfacción de los pacientes, además de un efecto favorable en la salud. Lemus, Oroz, Lucioni et. al. (2009) a su vez, consideran para evaluar la calidad criterios como equidad y la utilización adecuada de recursos. Las sociedades profesionales, las asociaciones de usuarios y los consumidores directos utilizan de estas definiciones para hacer valer sus derechos y necesidades que, a su vez, coinciden con los pilares antes mencionados de Donabedian.

Para que haya promoción de la mejora de la asistencia a la población, es necesario adoptar un sistema de evaluación continuo y sistematizado (D’Innocenzo, Adami y Cunha, 2006) para lo cual es necesaria la adopción de medidas de desempeño. Desde las últimas décadas del siglo pasado se utilizan instrumentos de evaluación del desempeño en las organizaciones hospitalarias del Sistema Único de Salud (SUS) y de la red privada, con base en la aplicación de conceptos y técnicas de la calidad total. También se utilizan instrumentos de evaluación externa, entre ellos la acreditación, la más reciente (Gurgel Junior y Vieira, 2002, p 326).

A partir de 1989, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró la acreditación de las organizaciones de salud como elemento estratégico en el desarrollo de la calidad (Feldman, Gatto y Cunha, 2005 p. 4).

### **3.3.1. Las dimensiones de la calidad y herramientas para su medición**

Existen dimensiones de calidad en servicios que contribuyen a comprender con más especificidad la forma en que estos se presentan puntualmente en el sector salud. Así, se han identificado diez dimensiones (Parasuraman et al., 1988), que sirven para medir las expectativas y percepciones de servicios: la confianza, la disposición, la competencia, el acceso, la cortesía, la comunicación, la credibilidad, la seguridad, la comprensión-conocimiento del usuario y la tangibilidad. Estas dimensiones sirvieron como estructura básica para el desarrollo del SERVQUAL, una herramienta creada por los investigadores Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985; 1988) que puede ser utilizada para evaluar la calidad de cualquier tipo de servicio.

Los ítems que componen la escala SERVQUAL se pueden agrupar en cinco dimensiones finales: a) Tangibilidad: incluye la apariencia de las instalaciones físicas, equipo y personal; b) Confianza: se refiere al conocimiento (competencia) y la cortesía de los empleados y su capacidad para transmitir confianza y credibilidad; c) La capacidad de respuesta: está vinculada con disposición para proveer el servicio y auxiliar a los clientes con prontitud; d) Fiabilidad: está definida por la capacidad de proporcionar el servicio fiable, preciso y consistente; e) Empatía: se refiere al cuidado, a la atención individualizada y a la facilidad de contacto (acceso) y comunicación.

A propósito de la implementación del SERVQUAL, Babakus y Mangold (1992) consideran que la escala es aplicable a la realidad de cualquier servicio de salud. Sin embargo, Giansi y Côrrea (1994), a pesar de la aceptación de la validez del instrumento SERVQUAL, consideran excesivamente amplios los atributos para evaluar aquello que hace que un servicio sea más competitivo frente a los usuarios (pp. 66-68).

Para entender por qué Giansesi y Correa (1994) consideran que este instrumento no se corresponde con una herramienta práctica, es preciso conocer la organización del SERVQUAL. Este último está organizado en cinco dimensiones denominadas brechas: la primera brecha se ocupa de la discrepancia entre las expectativas de los consumidores y la percepción de las expectativas de los administradores, la segunda brecha se refiere a la percepción de los gerentes sobre las expectativas de los usuarios y los estándares de calidad de la empresa, la brecha tercera se deriva de la brecha entre los estándares de calidad y el servicio realmente entregado al usuario, cuarta brecha resulta de la diferencia entre el servicio prometido y el servicio prestado; por último, la quinta brecha corresponde a la calidad percibida del servicio; es decir, es la discrepancia entre el servicio prestado y el servicio recibido.

Como mencionamos, Giansesi y Côrrea (1994) no consideran esta una herramienta plausible de ser utilizada para medir la calidad, por lo que crearon otro modelo de evaluación de calidad basado en a) *Consistencia*: se refiere a la conformidad con la experiencia previa, sin que varíen los resultados o proceso; b) *Competencia*: está vinculada con la capacidad y el conocimiento para realizar el servicio, y también con las necesidades técnicas de los consumidores; c) *Velocidad de atendimento*: se caracteriza por la disposición de la empresa y sus empleados para prestar el servicio, y está relacionada con el tiempo de espera real o percibido; d) *Servicio / ambiente*: se refiere a cuando un servicio es personalizado; debe haber una comunicación correcta, no debe faltar la cortesía; e) *Flexibilidad*: está vinculado con la capacidad de cambiar y adaptar el funcionamiento debido a cambios en los requisitos del cliente o usuario en el proceso o en el suministro de los recursos; f) *Credibilidad / seguridad*: es la percepción de bajo riesgo, la capacidad para inspirar confianza; g) *Acceso*: se caracteriza por la facilidad de contacto y acceso, ubicación, horas de funcionamiento; h) *Tangibles*: es la calidad o aspecto de cualquier evidencia física (bienes facilitadores, equipos, instalaciones,

personal, otros consumidores); e i) *Costo*: se refiere a proporcionar servicios de bajo costo sin dejar de lado la calidad (Gianesi y Côrrea, 1994, p. 69).

Coddington y Moore (1987) muestran que, según la percepción de los usuarios, los cinco factores más importantes en la definición de la calidad en la organización sanitaria son: recepción, cuidado y preocupación; la calidad del personal médico; los equipos y la tecnología; la especialización y el alcance de los servicios disponibles; los resultados. También se mencionan con frecuencia los aspectos de la higiene y la limpieza, pero es la actitud empática, acogedora y preocupada de los empleados de la organización la mayor fuente de diferenciación percibida por los consumidores. Según estos autores, los consumidores asumen que el equipo y los procedimientos son similares en todos los hospitales, a menos que alguna evidencia sugiera lo contrario (p. 30).

Podemos ver que, como hemos mencionado previamente, la concepción de calidad está asociada al profesionalismo, al buen trato y a la empatía además de con el precio que se paga por los servicios o productos. A propósito, teniendo en cuenta la herramienta SERVQUAL y la propuesta de Gianesi y Côrrea (1994) las dimensiones con las que la calidad es evaluada en las instituciones u organizaciones —en este caso, los hospitales— no varían considerablemente, sino que la diferencia, más bien, está en la practicidad para arribar a los resultados.

Por otro lado, existe otro estudio cuyo propósito fue identificar dimensiones para medir la calidad en las organizaciones o instituciones, y es el que presentan Bowers, Swan, Koehler (1994): a través de la realización de grupos focales (mejor conocidos por su forma en inglés como *focus groups*), pudieron discriminar doce dimensiones de la calidad de los servicios de salud (tangibles, confianza, disponibilidad, competencia, cortesía, comunicación, credibilidad, seguridad, acceso, comprensión de los pacientes, atención y resultados). Estas, a través de una encuesta, se resumieron en seis dimensiones que afectan significativamente la satisfacción del

paciente: disposición, comunicación, acceso, comprensión del paciente, atención y confianza (p. 50).

En línea con lo anterior, Jun, Peterson y Zsdisin (1998) también a través de grupos focales que incluían pacientes, administrativos y médicos, identificaron once factores determinantes de la calidad de la salud: tangibles, fiabilidad, puntualidad, competencia, cortesía, comunicación, acceso, comprensión del consumidor, atención, resultados y colaboración (Jun, Peterson y Zsdisin, p. 83).

Su estudio mostró diferencias entre los pacientes, los médicos y los administrativos respecto de la importancia que les dan a los diferentes atributos.

Teniendo en cuenta los dos estudios presentados en los últimos párrafos, tanto los pacientes como los administrativos consideran más importante la calidad funcional (tangibles, cortesía, comunicación, comprensión del paciente, acceso, disponibilidad, atención y colaboración). En cambio, los médicos hacen hincapié en la calidad técnica a través de la competencia y resultados.

Por último, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO, 1996) —en español, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud— identificó nueve dimensiones de calidad para hospitales, que son similares a los cinco factores de Coddington y Moore y a las dimensiones del SERVQUAL: eficacia, comodidad, eficiencia, respeto y empatía, seguridad, continuidad, eficacia, capacidad de respuesta y disponibilidad (s/p).

Considerando las dimensiones de la escala SERVQUAL, las de la JCAHO y las de Coddington y Moore, y a sabiendas de que se han identificado exclusivamente para —y por— la evaluación y el proceso de la acreditación hospitalaria, Jun, Peterson y Zsdisin (1998) desarrollaron un instrumento para medir la calidad en las organizaciones sanitarias denominado *Key Qualities Characteristics Assessment for Hospitals* (KQCAH) —Principales

Características de Calidad de Evaluación de Hospitales—. Durante la realización de grupos focales que involucró a proveedores de servicios (personal médico y administrativo) y usuarios, la dimensión eficiencia fue excluida del estudio. Así, las nueve dimensiones finales que se encuentran son: respeto y cuidado, eficacia y continuidad, comodidad, información, alimentación, primera impresión y diversidad del personal.

Podemos ver que la búsqueda por herramientas para medir la calidad en las organizaciones, en nuestro caso, instituciones hospitalarias, no es nuevo y, a través del paso del tiempo y estudios como los explicitados se han ido perfeccionando y especificando las dimensiones sobre las cuales se basan los modelos para evaluar la calidad. Consideramos, también, que cada organización o institución, a sabiendas de las condiciones materiales sobre las que construyen su día a día, se inclinará por una o por otra por practicidad o adecuación.

### **3.3.2. Implementación de evaluación de la calidad en las organizaciones**

La evaluación y el control de la calidad puede ser llevada a cabo por los profesionales de la propia organización (evaluación interna) o por un equipo externo, especialmente contratados para dicho proceso (evaluación externa). El interés de esta investigación se centra en las últimas, es decir, en las evaluaciones externas, ya que sus normas representan los puntos de vista de expertos de diferentes firmas, incluso internacionales, que se actualizan con periodicidad regulada, pero, sobre todo, porque se llevan a cabo por personas no afiliadas a la organización, lo que proporciona una mayor credibilidad a los resultados.

En la literatura específica sobre este tema existen varios términos relacionados con los programas de evaluación de la calidad en las organizaciones, tales como la certificación, acreditación, premios, que muestran diferencias y similitudes. Sin embargo, muchas veces se han utilizado de manera para referirse a los sistemas de evaluación externa donde indefectiblemente tiene que haber un cumplimiento taxativo de un conjunto de normas.

El movimiento iniciado en la década de 1980 hizo hincapié en la medición (Lemus, Lucioni, Aragües, Oroz et al., 2017), dando impulso a la creación y mejora de algunos modelos como las normas Organización Internacional de Normalización (ISO), el premio *Deming*, *Premio Malcolm Baldrige*, la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) y, como este estudio tiene como objeto instituciones hospitalarias oncológicas brasileñas, no podemos dejar de mencionar el Premio Nacional de Calidad (PNQ), de Brasil. Como para ilustrar la situación en un país de referencia en el área, actualmente, en Estados Unidos, existen más de veinticinco premios a la calidad exclusiva (Funk, 2006).

Las normas ISO constituyen el sistema de evaluación de calidad más ampliamente utilizado (Raho y Mears, 1997). Fueron establecidas hacia 1947 en ingeniería e industria manufacturera (y es importante señalar, en aras del contexto, que en ese momento ya existía la Comisión Conjunta que venía trabajando intensamente a favor de la medición de la calidad de los servicios de salud en EE. UU). Su misión es promover el desarrollo de la normalización para facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios, lograda a través de la garantía de calidad y fiabilidad del producto a un precio razonable, de la mejora de la protección de la salud, seguridad, factores ambientales y reducción de pérdidas (ISO, 2006). En síntesis, los beneficios de la certificación ISO 9000 son: la mejora de la calidad de servicio, una mayor preferencia de los consumidores, mejora la imagen de calidad y la competitividad en el mercado, mayor productividad y exportación de la compañía, un mejor control de la empresa, reducción de costos, reducción de los reclamos de los consumidores, mejor documentación de los procedimientos y aumento de la concientización de acciones preventivas y correctivas (Quazi y Jacobs, 2004).

Por su parte, el Premio *Deming* fue creado en Japón durante la década de 19850, se concede principalmente a las empresas que muestran un rendimiento excepcional en el área de control estadístico de calidad (Ishikawa, 1986). *Deming* prepondera las siguientes aristas:

política, organización, información, normalización, desarrollo y utilización de los recursos humanos, actividades para garantizar actividades de la calidad, actividades de mantenimiento y control, actividades para mejorarlas, resultados y planes futuros (Tari, 2005).

El Premio Nacional de Calidad *Malcolm Baldrige* se estableció en los EE.UU. en 1987, a partir de la preocupación y del compromiso de los líderes empresariales y gubernamentales con la capacidad competitiva del país. El premio se desarrolló con enfoque en la calidad, como una función de negocio independiente, para un mecanismo de funcionamiento de una empresa de éxito basado en las mejores prácticas de negocio (Raho & Mears, 1997). El modelo *Baldrige* se divide en siete categorías: liderazgo, planificación estratégica, dirección, recursos humanos, gestión de procesos, información y análisis, foco en el cliente y en el mercado y los resultados empresariales (Tari, 2005).

La *European Foundation for Quality Management* (EFQM), establecida en 1988, destaca por su dimensión continental. Se basa en los siguientes principios: liderazgo, gestión de los empleados, los resultados para los consumidores, resultados para la sociedad y resultados clave (Tari, 2005).

Por último, la Fundación *Premio Nacional de Calidad* (NQA, por su sigla en portugués) fue creada en Brasil en 1991, y se convirtió en una entidad privada sin ánimo de lucro, de treinta y nueve organizaciones públicas y privadas. El NQA, inspirado en los premios *Malcolm Baldrige* y *Deming*, a pesar de su vocación por la excelencia, se puede aplicar a organizaciones de diferentes tamaños y segmentos. Se basa, desde 1992, en los siguientes criterios de excelencia para la evaluación y análisis de los sistemas de gestión (FPNQ, 2005, p. 16): visión sistémica, aprendizaje organizacional, agilidad, innovación, liderazgo y constancia en los objetivos, visión del futuro, foco en el cliente o usuario y en el mercado, responsabilidad social, gestión basada en hechos reales, valoración de las personas, enfoque en los procesos y orientación para resultado.

A propósito de lo anterior, podemos decir que los modelos de evaluación de la calidad reúnen un conjunto de normas o referencias de calidad que guían las prácticas de gestión o procedimientos técnicos de una organización. Son desarrollados por expertos en la materia, sufren la experimentación seguida de reflexión debate intenso y, actualmente, son vistos como convergentes, indicando una dirección con puntos en común. Se sabe que instituciones acreditadas, premiadas o certificadas, pueden alcanzar los estándares propuestos por los otros modelos más rápido que otras instituciones (Schiesari, 2003). Los modelos mencionados hasta ahora se pueden aplicar a organizaciones de segmentos del mercado de manera indiscriminada, es decir, no fueron creados para un área determinada, sin embargo, los consideramos de suma importancia porque han servido para dar forma a los modelos de evaluación de la calidad específicos para el área de salud.

### **3.3.3. Acreditación en las organizaciones de salud**

Los modelos de acreditación surgieron para responder a las particularidades de evaluación y certificación de las organizaciones del sector salud, de alto nivel de complejidad, donde la acción principal es la atención al paciente.

Crear quiere decir «dar crédito a; creer; tiene que ser verdad; conceder la reputación; digno de confianza» (Quinta Neto y Gastal, 2004, p. 6). Sin embargo, el término acreditación no se inserta en los diccionarios de lengua portuguesa, y se utiliza en el sentido de procedimiento que permite a alguien o algo que hay que creer. Es en este sentido que se utiliza el término acreditado como uno que es digno de confianza y reputación (Kluck et. al., 2002) y acreditador (aquel que cree). Por lo tanto, un hospital que están en proceso de acreditación podrá ser acreditado por una entidad de acreditación (Quinta Neto y Gastal, 2004).

Las organizaciones que se acreditan se convierten en ejemplos que contribuyen a la mejora del sistema de salud en su conjunto, en la medida en que otras instituciones traten de

imitar a ellas. Por lo tanto, la acreditación se basa en el compromiso de los empleados, socios, clientes, proveedores, pagadores y la sociedad en general (Quinta Neto y Gastal, 2004).

Por lo tanto, la acreditación es un proceso de verificación externa para determinar el cumplimiento de una serie de requisitos, que consiste en un proceso de evaluación de los recursos institucionales, de carácter voluntario, periódico y reservado (CBA, 2007). El carácter de voluntario presupone que sólo las organizaciones verdaderamente interesadas en mejorar la calidad de sus servicios se habiliten para permitir la evaluación (Schiesari, 2003). La naturaleza periódica asegura la mejora continua, porque para mantener la condición de acreditado, todo el proceso de evaluación debe hacerse de nuevo cada tres años. En cuanto al carácter reservado, significa que los resultados de la evaluación se harán públicos sólo si la organización se considera acreditada, lo que garantiza la confidencialidad de la información (el consorcio brasileño Cuidado de la Salud Sistemas de Acreditación, 2003).

Se entiende por defecto «una declaración de expectativas sobre el grado o nivel de excelencia, o lo que es posible lograr en lo referido a la calidad de desempeño de los hospitales» (CBA, 2007, p.12).

Los estándares de acreditación están diseñados para estimular los esfuerzos para la mejora continua de las instituciones acreditadas, siendo su contenido y énfasis dado a cada grupo, una especificidad de cada modelo utilizado.

La acreditación debe entenderse, por lo tanto, a partir de dos puntos de vista. El primer punto de vista se refiere al proceso educativo, donde la cultura de la calidad se introduce en las organizaciones de atención de salud, y se implementan las mejoras. El segundo punto de vista se refiere a la evaluación y certificación de la calidad de los servicios de salud, lo que atestigua el grado de calidad alcanzado por la institución, con base en los estándares de calidad previamente definidos (Kluck et. al., 2002).

### **3.3.5. Motivaciones y objetivos de la adopción de Estrategia de Acreditación**

Para identificar las motivaciones que llevan a las organizaciones hospitalarias a adoptar una estrategia de acreditación, y como se trata de una iniciativa de calidad relativamente nueva, es apropiado que se busque, inicialmente, en otras estrategias de calidad, subsidios a este entendimiento. Por lo tanto, en base a las motivaciones descritas para la certificación ISO, se abordarán las iniciativas de TQM en el sector de la salud y, por último, la estrategia de Acreditación.

Tal vez porque es la iniciativa de calidad mundial principal, las publicaciones relacionadas con la ISO son las más abundantes (Ismail y Hashimi, 1999; Zhu y Scheuermann, 1999; Withers y Ebrahimpour, 2000). De acuerdo con la literatura, la búsqueda de la certificación ISO está motivada principalmente por la necesidad de entrar en el mercado mundial, presiones competitivas o demanda de los consumidores (Anderson, Daly y Johnson, 1999; Beattie y Sohal, 1999; Lee y Palmer, 1999). El análisis realizado por Anderson et. al. (1999), revela que la certificación es entendida por las empresas como un signo de prácticas eficaces de gestión de la calidad, percibida por el público. Además de estos factores, la certificación puede convertirse en una herramienta mediante la cual la empresa desarrolla una gestión más orgánica de sus recursos, alineado a cambios continuos de mercado (Zhu y Scheuermann, 1999; Franceschini, Galetto y Gianni, 2004).

Withers y Ebrahimpour (2000), en un estudio que incluyó a once empresas europeas, han obtenido las razones más citadas por las organizaciones que buscan la certificación por la ISO, la demanda del consumidor, mejorar los procesos y la presión competitiva. Los autores evaluaron el impacto de la certificación ISO 9000 en las dimensiones de calidad utilizadas para obtener una ventaja competitiva. Las dimensiones evaluadas fueron descritas por Garvin (1987, p. 5): El rendimiento, características, fiabilidad, durabilidad, servicio, estética y calidad percibida. El estudio mostró evidencia de que la calidad, como se refleja en las ocho

dimensiones utilizadas para evaluar la competitividad mejora como resultado de la certificación ISO 9000. Las dimensiones que más se beneficiaron fueron confianza, cumplimiento, servicio al cliente y la calidad percibida. Las dimensiones menos afectadas fueron la estética y la de caracterización. Resultados similares fueron encontrados por otros autores (Anderson et. al., 1999; Zhu y Scheurmann, 1999).

En el caso de las estrategias de calidad en el sector de la salud, parece que los factores que están impulsando a las organizaciones de salud (especialmente hospitales) a adoptar iniciativas de calidad son los mismos que llevaron a las industrias de manufacturas a adoptar el Control de Calidad Total. Estos factores incluyen la competencia, la satisfacción del consumidor, valor percibido, cuota de mercado, y, sobre todo, la necesidad de mantener la rentabilidad (Huq y Martin, 2000).

Cuando se trata específicamente de la estrategia de acreditación, la mejora de la calidad de la atención se presenta como una demanda creciente de la red de hospitales públicos y privados. Los factores que impulsan la adopción de nuevas estrategias en el sector de la salud son: los costes cada vez mayores, la necesidad de cumplir con los derechos del consumidor, las crecientes expectativas sobre las buenas prácticas hospitalarias y la preocupación por garantizar la seguridad en la asistencia (CBA, 2007).

Estos factores se pueden entender mejor mediante el examen de la trayectoria de la acreditación. En Estados Unidos, hasta los años sesenta, el mecanismo de acreditación fue impulsado por sus usuarios originales, es decir, profesionales de salud y hospitales, que aspiraban a mejorar la calidad de atención y reclutar personal. Con la creación de Medicare para los estadounidenses mayores, la Acreditación por la Comisión Conjunta se convirtió en requisito previo para que el hospital pertenezca a este programa. De esta manera, el gobierno se convirtió en usuario de la Acreditación (Schyve, 2000).

El gobierno fue seguido por los empleadores. En los años ochenta, con el aumento de los costos de seguro de salud, los cuales fueron pagados por los empleadores a sus empleados, estos y las compañías de seguros comenzaron a elegir los proveedores de servicios de salud basados en el valor. El valor fue entonces, costo y calidad (representada por la Acreditación). Este hecho ha obligado a las organizaciones de atención de salud a buscar la eficiencia (Schyve, 2000).

Más tarde, también los empleados comenzaron a participar en el pago de su seguro. Tornándose conscientes del precio, pero preocupados por la calidad del servicio, pasaron a ser también usuarios de la Acreditación. Al mismo tiempo, los pacientes y sus familiares comenzaron a exigir una mayor participación en la toma de decisiones de su cuidado, incluyendo el lugar donde esto sería proporcionado. Así, la Acreditación se ha convertido en una fuente de información utilizada por los consumidores en su proceso de toma de decisiones (Schyve, 2000).

Por último, los compradores, los consumidores y los gobiernos se tornaron cada vez más preocupados por la seguridad del cuidado en salud que se le proporcionó al cliente. Otro factor que impulsó esta estrategia en todo el mundo era el interés de empresas internacionales en la oferta de cuidado de salud que se le proporcionó al cliente por medio de un seguro médico eficaz para sus empleados, distribuidos en muchos países (Schyve, 2000).

Los objetivos clásicos de los servicios de salud de Acreditación citadas por Hayes y Shaw (1995) constituyen la búsqueda voluntaria de calidad, trabajo en equipo, la educación para el personal, herramienta de gestión y marketing de la organización.

La búsqueda voluntaria de la calidad se considera como uno de los principales incentivos para la acreditación de los servicios de salud. Un sistema que permite a una institución demostrar su eficacia es más constructivo para el desarrollo de la organización en la medida que sigue siendo voluntaria. Un sistema obligatorio podría entenderse como

gubernamental, adquiriendo un carácter de juzgamiento y generando un entendimiento de amenaza para ciertas instituciones. El proceso voluntario alienta a las organizaciones a trabajar hacia la Acreditación y representa un compromiso para perseguir la calidad (Hayes y Shaw, 1995, pp. 166 -167).

La preparación para la Acreditación es la etapa clave del desarrollo de todo el personal interesado. El proceso de formación de equipos y el esfuerzo por mejorar alienta y motiva (Hayes y Shaw, 1995, p. 166).

El proceso de acreditación es educativo, tanto para la organización evaluada, como para los evaluadores. Proporciona una oportunidad para que las instituciones revisen sus prácticas actuales, mirando con nuevos ojos lo que siempre hacen y cómo se puede mejorar. También la observación detallada en otra institución da a los evaluadores una oportunidad de tomar sus propios lugares de trabajo nuevas ideas e introducir mejoras (Hayes y Shaw, 1995, p. 166).

La acreditación puede ser utilizada como una herramienta de gestión. El proceso de autoanálisis o autoevaluación ofrece una buena base para el desarrollo organizacional. La adición de una revisión externa añade la objetividad a la autoevaluación (Hayes y Shaw, 1995, p. 167).

Por último, Hayes y Shaw (1995, p. 167) hacen hincapié en que, debido a que es un reconocimiento de la calidad de la organización de salud, la acreditación puede ser utilizada para la comercialización, ayudando al proveedor para obtener ganancias en los contratos comerciales.

Otros estudios realizados a partir de los beneficios percibidos por los proveedores y usuarios de la Acreditación muestran resultados muy similares a los descritos anteriormente. Destacan también la oportunidad de desarrollar una imagen de credibilidad en la comunidad, que atrae a los pacientes, el personal y consigue ventajas en un mercado competitivo (Shaw, 2004).

En este entorno competitivo, aunque difieren en muchos aspectos de otros servicios, el cuidado de la salud también sufre el impacto de la globalización, que se caracteriza por la circulación de bienes y servicios entre países en respuesta a criterios de eficiencia. Por lo tanto, el fenómeno que comienza a ocurrir en la salud se caracteriza por el movimiento de los pacientes que buscan atención a un costo más bajo que lo que se ofrece en su país de origen, pero con alta calidad. Esto es lo que actualmente se denomina turismo médico. Por ejemplo, los tratamientos que se ofrecen en los países de Europa Occidental atraen a las parejas infértiles estadounidenses, porque cuestan la mitad o un tercio de lo que se pagaría en los Estados Unidos. Incluso, algunas cirugías electivas se ofrecen en hospitales de la India altamente sofisticados, que cuesta solo el 10-20% de un tratamiento comparable en los países europeos (Segouin, Hodges y Brechat, 2005, p. 277).

En el año 2003, se estima que 50.000 ciudadanos británicos viajaron a Tailandia, África del Sur, India y Cuba en busca de asistencia médica (Matoo y Rathindran, 2006, p. 360).

Cuando el paciente busca tratamiento o procedimiento fuera del país, es necesario tener la garantía de calidad de servicio que se presta. Esta garantía y reconocimiento de la calidad son ofrecidos por el uso de las normas internacionales de valoración, universalmente aceptados, que cuenta con la acreditación internacional.

Una organización acreditada internacionalmente significa la promesa de equivalencia de servicio más allá de las fronteras de los países (Segouin et. al., 2005). Matoo y Rathindran (2006) sugieren que los hospitales, en los países que tienen como objetivo atraer a pacientes de otros países en desarrollo, demuestren la calidad de sus organizaciones obteniendo la acreditación de la *Joint Commission International* (JCI). Por lo tanto, teniendo en cuenta esto, la participación en un mercado globalizado surge como una de las motivaciones que puede llevar a las organizaciones de salud a adoptar una estrategia de Acreditación, utilizando, en este caso, un modelo internacional.

Teniendo en cuenta la estrategia de acreditación de hospitales brasileños, los siguientes beneficios son citados por las organizaciones: mejora del proceso de gestión (el uso y mejora de la planificación estratégica, indicadores de gestión y aumento de la producción); normalización de los procesos (con una variación reducida en los procesos institucionales y seguimiento); cambio de cultura (estimulado principalmente por la idea de establecimiento de normas, ciclos de mejora continua y uso de indicadores); formación (aumento del número de horas de formación de los empleados y su posible impacto sobre la atención ofrecida); equipo multidisciplinario (desarrollo del trabajo en equipo); la seguridad del paciente (a través del control de los procesos críticos, tales como registros de pacientes, protocolos de gestión clínicos, vigilancia de los efectos adversos); centrarse en el paciente (el paciente se convierte en el centro de la actividad, va a participar en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento); motivación (el entorno de trabajo se convierte motivador) y, por último, reconocimiento público e la calidad de los servicios prestados (Schiesari, 2003, pp. 49-50).

Kluck, Guimarães, Ferreira y Prompt (2002), al estudiar la atención de un hospital acreditado en el sur de Brasil, dan evidencia de resultados similares a los descritos anteriormente, haciendo hincapié en la Acreditación como una herramienta muy eficaz para la formación y motivación del personal, desarrollo de una cultura de calidad en la institución y gestión del hospital. También añade la importancia para el desarrollo de sistemas de información en la organización.

En conclusión, las razones para la adopción de la estrategia de Acreditación y los beneficios reportados por las organizaciones hasta ahora están en línea. Así, en general, las organizaciones esperan Acreditación (CBA, 2007; Shaw, 2004):

- a) Demostrar estándares de excelencia a los clientes y financiadores, lo que aumenta la diferencia de calidad en un mercado competitivo;

- b) Obtener una evaluación objetiva del desempeño de la organización, centrándose en el proceso de atención al paciente;
- c) Mejorar y desarrollar los recursos humanos de forma continua;
- d) Racionalizar el uso de los recursos humanos, financieros y tecnológicos;
- e) Establecer una mayor eficiencia y eficacia en el servicio.

A partir de la definición de la estrategia de Acreditación, se sigue su implementación. En el apartado siguiente, se abordarán los factores críticos en la aplicación de esta estrategia, tanto a los que puede asistir, como los que pueden obstaculizar el proceso.

### **3.4. Calidad percibida como estrategia competitiva**

Como hemos mencionado, la calidad puede ser vista como un valor, y así comenzó a ser entendida, alrededor de 1700, al tratar al consumidor o al usuario como el árbitro del mercado (Feigenbaum, 1994; 2007). El mismo autor considera la calidad como lo mejor para determinadas condiciones de los consumidores o usuarios, es decir, el uso real y el precio de venta del producto. Por lo tanto, el concepto no puede separarse de su valor en consonancia con su precio. Cronin y Taylor (1992) afirman que las decisiones de compra pueden ser influenciadas por la comodidad, la disponibilidad, el precio y el juicio de la calidad.

La calidad también puede ser entendida como el cumplimiento de las especificaciones o requisitos preestablecidos. Joseph Juran (1962) divide el concepto en dos aspectos a tener en cuenta: la calidad del diseño y calidad de conformidad. El primer aspecto se refiere a las características especiales, y la segunda se refiere a cómo el producto se ajusta a las especificaciones del diseño. Así Juran añadió las nociones de excelencia y conformidad en su definición. En la misma línea, Crosby (1999) hizo hincapié en la necesidad de que se cumplan

los requisitos establecidos según los criterios de calidad y de conformidad de quienes brindan el servicio, así como de quienes lo reciben.

También podemos entender la calidad como el grado en que un producto o servicio cumple o excede las expectativas del consumidor (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985), o como «el grado en que un producto o servicio cumple con los requisitos, y expectativas de los consumidores» (Nevers, 1993, p. 18). Este concepto creció y se fue estableciendo a partir de las contribuciones de la literatura de marketing y de la importancia del sector de servicios, pudiendo este crecimiento ir acompañado en la evolución de la obra de Feigenbaum y Juran.

La noción de calidad y su papel en la competitividad de la empresa ha cambiado en los últimos años. La cadena de suministro global se convierte en realidad (Withers y Ebrahimpour, 2000). Demandas de la economía globalizada han provocado el desarrollo significativo de la Calidad en todo el mundo. Cambios Económicos, humanos y tecnológicos son factores claves en este desarrollo (Feigenbaum, 2007). Por lo tanto, el papel de la calidad de la competitividad de la empresa se ha convertido en una cuestión estratégica, y como resultado, la calidad es un imperativo que no puede ser ignorado.

Joseph Juran (1962) afirma que la calidad puede entenderse en términos de costos evitables e inevitables: los primeros son el resultado de defectos y fallas en el producto (tales como horas de correcciones) y los últimos, asociados con la prevención (inspección y toma de muestras, por ejemplo) (p. 868). Los costos derivados de los fallos se pueden reducir en gran medida mediante la mejora de la calidad. Por lo tanto, las inversiones en la calidad para la prevención se justifican si son inferiores a los costes de fallos en el producto. De ahí surge el principio de que las decisiones tomadas al principio de la cadena de producción repercuten en el nivel de los costos de calidad más tarde.

Según David Garvin (1987) trajo un gran avance en las ideas de Juran, y en 1956 propuso el CTC Control Total de Calidad (CTC), en el que destacó la necesidad del trabajo en

equipo para asegurar la calidad del producto, la satisfacción y, además, el mantenimiento de la satisfacción del cliente o usuario. Pero en el momento de la elaboración del CTC, Feigenbaum no consideró, en realidad, como la calidad es, ante todo, una cuestión estratégica para cualquier negocio.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, al entender la calidad como estrategia, resulta necesario definir en qué lugar de la calidad tenemos la intención de competir. En este punto es preciso mencionar las ocho dimensiones críticas o categorías de calidad que propone David Garvin (1987) que sirven como marco para el análisis estratégico: el rendimiento, las características, la fiabilidad, el cumplimiento, la durabilidad, el servicio, la estética y la calidad percibida. Un producto o servicio puede tener un alto rendimiento en una dimensión de calidad y bajo en otro. Esta última relación es, precisamente, la que hace posible la gestión estratégica de la calidad, siendo la selección de las dimensiones en las que competir el reto para los representantes de una determinada organización.

A propósito de las ocho dimensiones de calidad de Garvin (1987), entendemos que las organizaciones pueden aprovechar las oportunidades para diferenciar sus productos o servicios del de otras empresas. Sin embargo, resulta importante también definir el alcance del rendimiento y determinar qué aspectos de la calidad son los que hacen variar el amperímetro en la elección de los consumidores o usuarios.

### **3.4.1. El desafío de la estrategia y la competitividad en las organizaciones**

La globalización económica, social y política de las últimas décadas ha causado cambios importantes en el mercado, lo que hizo que las empresas, con el fin de asegurar su supervivencia y sustentabilidad, buscaran permanentemente ventajas competitivas para diferenciarse entre sí.

Malik y Schiesari (2002) señalan que la competitividad de una empresa es la capacidad de formular y practicar estrategias sustentables para la permanencia en un mercado cada vez más agresivo. En la misma línea, desde un enfoque más global, Zaccarelli (1995) afirma que el mayor reto para las organizaciones es la capacidad de buscar nuevas tecnologías, nuevos mercados y nuevas alternativas de manejo, o el rediseño de los procesos estratégicos y conexión completa de la cadena de valor de la empresa, clientes y proveedores (p. 6)

Por lo tanto, para mantener la competitividad, las organizaciones tienen que recurrir a estrategias que les permitan mantenerse vigentes en consonancia con el contexto o la coyuntura en la que estén insertas. A propósito, consideramos pertinente traer a la superficie la definición de estrategia según Kennet Andrews (1971).

Una estrategia es un conjunto de objetivos más altos, alcances u objetivos y políticas y planes eficaces para lograr estos objetivos declarados, tal como un camino para establecer en que negocio la organización está o estará y el tipo de organización que es, o va a ser. (p. 28).

En síntesis, la diferenciación por la calidad es una estrategia que se caracteriza por ofrecer un producto o servicio con características que lo hacen mejor en contraste con otros que se ofrecen en la misma área o mercado; no es fundamentalmente diferente, simplemente mejor. Estas características son una mayor fiabilidad inicial, mayor durabilidad o un rendimiento superior.

### **3.4.2. Calidad en los servicios de salud**

La cada vez más feroz competencia entre las empresas de servicios obliga a que busquen formas rentables de diferenciación. Según Parasuraman, Zeithaml y Berry, (1988), la

entrega de un servicio de alta calidad es una estrategia exitosa. Podemos extender esta afirmación al sector de la salud. Al igual que otros proveedores de servicios, muchos hospitales públicos o filantrópicos se encuentran en una situación financiera crítica porque necesitan un presupuesto gubernamental, ya sea por una intensa competencia con otros hospitales y organizaciones de salud, ya sea por el aumento del control gubernamental, o por la disminución de los márgenes de ganancia debido a los altos costos (Jun, Peterson y Zsidisin, 1998; Quinto Neto y Gastal, 2004). Para mantener un estado competitivo, o incluso sobrevivir en la industria, un gran número de hospitales ha optado por desarrollar programas de calidad para ofrecer servicios de alta calidad.

A continuación, es necesario entender lo que significa servicios de alta calidad. Los esfuerzos para definir y medir la calidad se originan en el sector de productos. Sin embargo, el conocimiento de calidad en productos ha demostrado ser insuficiente para satisfacer la calidad del servicio. Por lo tanto, el área de servicios necesita desarrollar conceptos y metodologías alineadas, tanto para seguir la tendencia en cuanto a los detalles de sus operaciones (Gianesi y Corrêa, 1994) Para esto, es necesario conocer en profundidad las tres características principales de los servicios: intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad que también se aplican a los servicios de salud.

En primer lugar, la mayoría de los servicios son intangibles. También difícilmente pueden ser contados, probados, medidos y evaluados para verificar la calidad antes de la entrega. Los servicios de salud no pueden ser almacenados o testados, no se puede, por ejemplo, almacenar una cirugía, la administración de una inyección, o incluso verificar que estos procedimientos son correctos antes de ejecutarlos. Esta intangibilidad dificulta la evaluación de la calidad y rendimiento de los servicios, tanto para la empresa como para los clientes/pacientes y también hace que los clientes/pacientes se basen en gran medida en las referencias de terceros y en la reputación de la empresa proveedora.

En segundo lugar, los servicios son heterogéneos: el rendimiento varía a menudo de productor a productor, consumidor a consumidor y de día en día. La constancia en el comportamiento del personal (calidad uniforme) es difícil de garantizar, por lo tanto, el servicio que la compañía tiene la intención de ofrecer puede ser bastante diferente de lo que el consumidor recibe. Por ejemplo, en un hospital, la heterogeneidad puede deberse a que el servicio es entregado por diferentes médicos, enfermeros, técnicos y otros organismos profesionales, a una variedad de pacientes con diferentes necesidades (en una administración de una inyección intravenosa, este servicio está influenciado por la habilidad y la formación del profesional, la experiencia anterior, las condiciones emocionales en el momento de la entrega del servicio, así como de la red venosa del paciente, condiciones circulatorias del momento, entre otras).

En tercer lugar, en la mayoría de los servicios, la producción y el consumo son inseparables y simultáneos. La calidad se produce durante la prestación de servicios por la interacción entre la persona que representa la organización y el cliente. La empresa puede tener un menor control de gestión sobre la calidad en los servicios que el consumidor afecta al proceso (como una cita con el médico).

En los casos antes mencionados que agrupan las características de un servicio específicamente brindado por un hospital, la situación del paciente puede hacer variar la calidad del servicio o arrojar luz para que la organización hospitalaria mejore en las áreas en las que no ha estado a la altura de la situación.

La simultaneidad de la producción y del consumo del servicio impide el aislamiento del sistema de operaciones de los cambios del ambiente externo, a través del inventario, lo que dificulta el uso eficiente de la capacidad de producción de la compañía en sistemas de prestación de servicios. Como la demanda es variable, tanto durante el día como durante todo el año, la organización debe tener un cierto grado de flexibilidad.

A propósito de lo antes mencionado, Gianesi y Corrêa (1994) consideran que esta característica es evidente en un servicio de, por ejemplo, el área de Emergencia (pp. 6-7). Así, podemos decir es difícil anticiparse a la necesidad de personal e insumos ante momentos de la semana o del año: el aumento significativo de los accidentes por fuegos artificiales hacia el fin de año, los accidentes de tránsito y los casos de embriaguez en las madrugadas de los fines de semana, entre otros. Por lo tanto, frente a una capacidad instalada, la organización de salud necesita ser lo suficientemente flexible para disponer los servicios necesarios a grandes e inesperadas variaciones de demanda.

Debido a estas características presentadas, Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) señalan tres puntos que deben considerarse en la calidad del servicio: es más complejo para el usuario evaluar la calidad de los servicios que la calidad de los productos; la percepción de la calidad del servicio son el resultado de la comparación entre las expectativas del consumidor y la prestación de servicios, y en última instancia, las evaluaciones de calidad no se realizan exclusivamente en base al resultado del servicio.

Mencionado lo anterior, y aun teniendo en cuenta las propiedades de los productos y servicios, se pueden considerar dos categorías distintas, según Phillip Nelson (1974) las propiedades de búsqueda (atributos que el usuario puede determinar antes de comprar el producto) y las propiedades experimentales (atributos que sólo se pueden discernir después o durante la venta). Una tercera categoría, propiedades de credenciales, son características que pueden ser imposibles de ser evaluados por el usuario debido a requerir habilidades y formación específicos para hacerlo.

A propósito de lo explicitado en el párrafo anterior, entendemos que la literatura y la práctica demuestran cómo el segmento de salud acompaña a la industria de servicio en relación con sus características y propiedades, y también en relación con la variabilidad en cuanto a la forma en que la calidad es conceptualizada y puesta en práctica. Esta variabilidad puede

confundir a los administradores de las organizaciones hospitalarias en sus esfuerzos para evaluar y mejorar la calidad del hospital por lo que es menester entender al usuario como el último juez de la calidad del producto. Si una organización fracasa en identificar lo que quieren o necesitan sus usuarios, y monitorear los cambios en sus preferencias (y esto se aplica a la organización hospitalaria), los esfuerzos para proporcionar satisfacción no serán eficaces (Carman, Shortell, Foster, Hughes, Boerster, O'Brien, Connor, 1996). A propósito de lo anterior, la mejora de la calidad en los hospitales tiene que ver en cómo es percibida por los pacientes porque, efectivamente, hay una relación positiva entre la satisfacción del paciente con la atención en el hospital y su deseo de volver y dar su recomendación a amigos y familiares (Shortell, O'Brien, Carman, Foster, Highes, Boerstler, O'Connor, 1995).

De esta manera, entendemos que los administradores de servicios de salud, paulatinamente, han adoptado estrategias para proporcionar servicios que satisfagan sus pacientes y se han comprometido a mejorarlos continuamente. Al mismo tiempo, según Bowers, Swan y Koehler (1994) los estudiosos han tratado de identificar las dimensiones clave de la calidad de los servicios, incluida la salud, y medir la satisfacción de los usuarios. Sin embargo, también tenemos en cuenta que los problemas de identificación de los atributos de calidad y medición de los servicios intangibles siguen desafiando tanto académicos como administradores.

### **3.5. El contexto del área de Salud en Brasil**

Esta sección tiene como objetivo proporcionar más elementos para comprender el contexto de la salud en su conjunto, especialmente en Brasil.

Según el Ministerio de Salud de Brasil, el hospital es parte de una organización médica y social, cuya función básica es proporcionar a la población asistencia médica integral, curativa

y preventiva, bajo cualquier régimen de cuidado, incluyendo a domicilio, constituyéndose también en un centro de educación, capacitación de los recursos humanos e investigación en salud, así como la remisión de pacientes, cabiéndole supervisar y orientar centros de salud a él vinculados técnicamente (Zanon, 2001, p. 23).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), hace hincapié en la visión sistémica de hospitales, indicando que estos son parte de una red de servicios de atención médica, asociada geográficamente, ya sea por una organización planificada o como resultado de una organización espontánea de elementos de bienestar existentes (Novaes y Paganini, 1992). Por lo tanto, los hospitales, como los proveedores de servicios que son, junto con los proveedores (materiales, medicamentos, tecnología, etc.), planes de salud y pacientes, son parte del sistema de salud.

Porter y Teisberg (2007) llaman la atención sobre la crisis de los sistemas de salud en muchos países, empezando por Estados Unidos. La combinación de altos costos (que siguen creciendo), mala calidad y el acceso limitado a la atención médica caracterizan la situación actual. La causa de esta crisis en el sector del cuidado de la salud no es la competencia, pero sí el tipo equivocado de competencia. Los autores afirman que «los participantes compiten en la transferencia de costes entre sí, en la acumulación poder de negociación y en la limitación de servicios» (Porter y Teisberg, 2007, p. 21). Todos los actores del sistema comparten la responsabilidad por el problema creado. La solución encontrada por Porter y Teisberg (2007) es volver a alinear la competencia con el valor para los pacientes, es decir, la calidad de los resultados para los pacientes en relación con el dinero gastado. El foco debe estar en el valor para los pacientes, no solo la reducción de costo. En este tipo de competición, todos los participantes se pueden beneficiar: pacientes, proveedores, y proveedores de planes de salud.

La salud en Brasil no es una excepción al diagnóstico establecido por Porter y Teisberg (2007): altos costos, baja calidad y el acceso limitado a la atención. Existen actualmente en

Brasil, 168.397 establecimientos de salud, y, de estos, 6.448 son hospitales. Los hospitales pueden ser generales (5.201 hospitales, lo que representa el 76,5% del total), o especializados (1.247 hospitales, lo que representa el 18,3% del total), de acuerdo con el Registro Nacional de Establecimientos de Salud. Hospitales generales se consideran aquellos cualificados para atender a los pacientes en diversas especialidades clínicas y quirúrgicas. Hospitales especializados son aquellos capaces de asistir a los pacientes en una especialidad médica en particular. En cuanto a las iniciativas de calidad en los hospitales brasileños, los estudios muestran (Malik y Teles, 2000, p 23) bajos índices, lo que es confirmado por el número de hospitales acreditados ONA hasta el momento (CBA, 2007; ONA, 2018).

La organización de los servicios de salud se caracteriza por instituciones públicas, privadas y filantrópicas establecidas a nivel federal, estatal y municipal. La supervisión nacional del sistema de salud es responsabilidad del Ministerio de Salud.

En cuanto a las camas de hospital, estas camas están separadas en camas de SUS (donde el responsable es el Sistema Nacional de Salud) y camas que no son del SUS (para el cuidado de aquellos pacientes que tienen un servicio de salud privado). Así, en 2010 se registraron en Brasil, 431.996 camas, de las cuales 152.892 (35,4%) públicas y 279.104 (64,6%) privadas (IBGE, 2010 p. 11).

Las operadoras de planes de asistencia de salud son empresas y entidades que operan en el sector de la salud complementaria. El sector de la sanidad privada incluye más de 2.000 entidades operativas, así como médicos, dentistas y otros profesionales, hospitales, laboratorios y clínicas. En 2007, más de 37 millones de consumidores utilizan los planes de asistencia sanitaria privada para consultas, exámenes u hospitalizaciones. El mercado de Salud Suplementaria está regulado por una ley especial, la Ley 9.656 / 98. La Agencia Nacional de Salud (ANS) fue creada en el año 2000, con el objetivo de reglamentar y fiscalizar este mercado (ANS, 2007,p. 1).

El gasto en (sector público y privado) de salud en Brasil corresponde a 9,2% del PIB en 2017 (IBGE, 2019 p.38). En comparación con los EE.UU., cuyo sistema salud fue objetivo de discusión de Porter y Teisberg (2007), y que gasta el 15,4% de su PIB, los gastos son mucho más bajos, pero muy importante para la nación. La tendencia de los costos es aumentar debido al envejecimiento de la población, aumento de las enfermedades crónicas y la aparición de nuevas enfermedades. Se espera que el porcentaje de la población de edad avanzada (considerado a ser mayores de 60 años) aumente de 7,9% en 2002 a 13,3% en el año 2022 (IBGE, 2019 p.45).

Por lo tanto, se verifica en Brasil, una situación muy difícil en relación con el sistema de salud, y se deben tomar medidas para mitigar las perspectivas de futuro. Se necesitan estudios para identificar y aclarar los cambios en las organizaciones que proporcionen ganancias de calidad para todo el sistema sanitario. La investigación en gestión puede ayudar a desarrollar el conocimiento para que los líderes estimulen los servicios de salud a proporcionar el mejor cuidado posible

### **3.5.1. Modelos de Acreditación utilizados en Brasil**

Actualmente, una organización de salud ubicada en Brasil puede solicitar la acreditación a través de dos modelos principales: el modelo Organización Nacional de Acreditación (ONA) y la JCI. A continuación, ambos se abordarán, dándose mayor atención al modelo JCI, el cual no será utilizado en el desarrollo de este trabajo.

### **3.5.2. Organización Nacional de Acreditación**

La Organización Nacional de Acreditación (ONA) es la organización sin ánimo de lucro responsable del desarrollo y la gestión de las normas brasileñas de calidad y seguridad en la

salud. La ONA estableció los estándares definidos en el Manual de Acreditación de Brasil, considerando las dimensiones de calidad definidas por Avedis Donabedian (ONA 2018, pp.17-19).

El Manual del ONA consta de patrones agrupados de acuerdo con el área temática específica, y se presentan en tres niveles - 1, 2 y 3. Por lo tanto, al ser acreditado, el hospital recibirá una graduación. El nivel 1 corresponde al nivel de seguridad, es decir, se trata de los requisitos básicos de calidad de la atención ofrecida, con énfasis en la disponibilidad de recursos (humanos y de infraestructura). El nivel 2 corresponde a la organización de los servicios (procesos), es decir, muestra la adopción de la planificación en la organización de la atención hospitalaria. Por último, el nivel 3 corresponde a las prácticas de gestión (resultados), denotando la excelencia de los servicios prestados (Malik y Schiesari, 2002, p. 15).

El manual está dividido en siete secciones y éstas, en subsecciones (Malik y Schiesari, 2002):

- a. Liderazgo y Administración - Gestión, administración y garantía de calidad;
- b. Servicios profesionales y Organización de la asistencia - Personal médico y de enfermería;
- c. Servicios de atención al paciente / cliente - Hospitalización, Referencia y Contra-referencia, Tratamiento Ambulatorio, Emergencia, Centro quirúrgico, Anestesiología, Obstetricia, Neonatología, Cuidados Intensivos, Hematología, Rehabilitación, Medicina Nuclear y Radioterapia;
- d. Servicios de diagnóstico de Apoyo - Laboratorio Clínico, Diagnóstico por imagen, Métodos Gráficos y Anatomía Patología;
- e. Servicios de Asistencia Técnica y Abastecimiento - Archivo Medico, Control de Infecciones, Estadística, Farmacia, Nutrición y Dietética, Servicio de

Lavandería, Procesamiento de Materiales y Esterilización, Higiene, Seguridad y Salud Ocupacional y Servicios Sociales;

- f. Servicios de Apoyo Administrativos e Infraestructura - Documentación de la Planta Física, Estructura Física-Funcional, Sistema Eléctrico, Mantenimiento General, Control de residuos y agua, Seguridad General;
- g. Enseñanza e Investigación - Biblioteca e Información Científica.

La cobertura institucional hace que las áreas en etapas iniciales de organización y calidad determinen el nivel de acreditación. Todos los hospitales oncológicos acreditados que respondieron a la encuesta están acreditados por la ONA.

## **4. Metodología**

Al considerar el desarrollo de tipos de investigación elaborados por el investigador Pablo Cazau, (2006), este trabajo se corresponde con una investigación de tipo observacional, de corte transversal, cuanti-cualitativo y de carácter descriptivo. Las unidades de análisis, las variables, las técnicas instrumentos aplicados y los procedimientos de análisis de datos utilizados adoptados son pertinentes al tipo de investigación.

Como mencionamos, se trata de una investigación mixta de carácter descriptivo que interpretó un conjunto de datos basados en las respuestas de los responsables de los hospitales oncológicos seleccionados (acreditados y no acreditados) mediante un cuestionario electrónico. Así, ha sobresalido como relevante tener en cuenta la presentación de las principales características geográficas y el perfil de los hospitales de la provincia de Paraná que han sido seleccionados, el tiempo y el proceso para obtener la acreditación; los desafíos para obtener la acreditación entre los hospitales no acreditados; la percepción de los gestores de hospitales sobre las dimensiones de la calidad; los resultados presentados por los hospitales acreditados y no acreditados según las dimensiones de calidad definidas por Avedis Donabedian.

### **4.1. Unidad de Análisis:**

Cada gestor, miembro de los comités de ética e investigación de los hospitales oncológicos de la provincia de Paraná – Brasil durante el año 2019, de los cuales han respondido 26 y sobre estos datos hemos basado esta investigación.

Para la realización de este trabajo, del total de hospitales oncológicos de Paraná (28 hospitales) se consideraron 26 (veintiséis) puesto que, del total, solo los miembros de los comités de ética e investigación de estos hospitales han contestado el cuestionario electrónico.

De los hospitales oncológicos que se han considerado, algunos se encontraban en proceso de acreditación (13) y otros no estaban transitando dicho proceso, según la premisa de los modelos de acreditación existentes en el país (más concretamente el modelo de acreditación de la ONA).

#### **4.1.1. Ética: consentimiento informado y acreditación de comité ética de los hospitales.**

Para completar el cuestionario de la encuesta, los miembros de los comités de ética e investigación de los hospitales que participaron en esta investigación firmaron un formulario de consentimiento. En los hospitales sin comité de ética, el formulario de consentimiento fue firmado por los directores y los tutores legales. Los hospitales participantes no estaban obligados a compartir información confidencial o datos sensibles (nombres de los pacientes o los datos de las historias clínicas). La información proporcionada por los encuestados está directamente relacionada con sus percepciones sobre las dimensiones de la calidad y las formas de evidenciar las prácticas de calidad y la seguridad del paciente.

#### **4.2. Variables de muestra**

En esta investigación, las variables de muestras son cualitativas ordinales evidentes mediante la implementación de una encuesta estructurada en dimensiones de calidad.

La investigación es mixta, ya que tiene variables cualitativas y cuantitativas, pero sus indicadores de resultados y la subvención del análisis son predominantemente cualitativos. Vale decir que los primeros están directamente relacionados con las dimensiones de calidad según la percepción de los entrevistados.

La investigación es cualitativa nominal debido a que la unidad de análisis está compuesta por hospitales (en nuestro caso, oncológicos) acreditados y no acreditados; es

ordinal porque las dimensiones de la encuesta son evolutivas, aportando la percepción de: estructura, proceso y resultado.

Algunos datos de la encuesta son cuantitativos continuos y presentan datos generales del perfil de las instituciones según los entrevistados. Este trabajo cuenta con un desglose de dimensiones, variables e indicadores, como veremos a continuación.

**Tabla 2**

*Estructura general de las dimensiones, variables, indicadores y medición*

VARIABLE DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE DE INVESTIGACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	FUENTE
<b>Eficacia:</b> La capacidad de la ciencia y el arte de la atención médica para traer mejoras en la salud y el bienestar.	Estructura física para la atención. Medición de equipos. Indicadores de desempeño. Flujos de atención a los pacientes.	%	Cuestionario electrónico	Gestores de los hospitales
<b>Efectividad:</b> Mejora de la salud lograda o esperada en circunstancias comunes de la práctica diaria.	Protocolos con objetivos definidos. Auditoría interna de calidad. Auditoría de la práctica clínica.	%	Cuestionario electrónico	Gestores de los hospitales
<b>Eficiencia:</b> Una medida del costo con el cual se logra una mejoría en la salud.	Indicadores de reducción de costos Metodología: reducir el retrabajo. Proyectos de innovación. Mejoría de los procesos. Acciones con foco en el paciente.	%	Cuestionario electrónico	Gestores de los hospitales
<b>Optimización:</b> El equilibrio con más ventaja entre y beneficio	Disminución del tiempo de espera Reducción de tiempo de entrega de resultados de pruebas de laboratorio e imágenes Reducción de la estancia en la institución	%	Cuestionario electrónico	Gestores de los hospitales
<b>Aceptabilidad:</b> Conformidad con las preferencias del paciente, teniendo en cuenta la accesibilidad, la relación paciente-profesional, ocio,	Paciente en el centro de la atención Experiencia del paciente	%	Cuestionario electrónico	Gestores de los hospitales

efectos del cuidado y el costo de la atención.	Involucramiento del paciente Atendimiento a las necesidades Alternativas de tratamiento a los pacientes			
<b>Legitimidad:</b> Conformidad con las preferencias sociales, teniendo en cuenta los aspectos del punto anterior.	Referencia en especialidad. Vinculación con acciones sociales Participación de la sociedad. Acciones de promociones de salud.	%	Cuestionario electrónico	Gestores de los hospitales
<b>Equidad:</b> Equidad en la distribución de la atención y en los beneficios entre los miembros de la población.	Gerenciamiento de la satisfacción Involucramiento del paciente Identidad de género Respecto a cultura y religión	%	Cuestionario electrónico	Gestores de los hospitales
<b>Estructura:</b> Definición de directrices y políticas organizativas para una atención segura y de calidad para la organización	Política de seguridad Identificación de Riesgos Barreras de seguridad Protocolos de seguridad Acciones de mejoras de riesgos Gestión de indicadores de resultado Mejoría en los equipos de trabajo	%	Cuestionario electrónico	Gestores de los hospitales
<b>Procesos:</b> Definición, clasificación, diseño de los procesos de la organización y la interacción entre ellos.	Gestión de procesos Interacción de procesos Impactos de procesos	%	Cuestionario electrónico	Gestores de los hospitales
<b>Evidencia de madurez organizativa:</b> utilizando el conocimiento y el aprendizaje para la toma de decisiones, buscando la eficacia de los resultados.	Análisis de resultados Epidemiología y estrategia Interés de equipo en la mejoría Acciones de gestión estratégica Acciones y resultados Comisión de pacientes Resultados de la calidad	%	Cuestionario electrónico	Gestores de los hospitales
<b>Global:</b> Análisis global de todas las dimensiones y resultados entre hospitales acreditados y no acreditados.	Eficacia /Efectividad / Eficiencia Optimización / Aceptación / Legitimidad / Estructura / Procesos / Resultados / Media global	%	Cuestionario electrónico	Media de todas las dimensiones

**Nota.** Elaboración propia con base en las variables de las encuestas y en las aristas más relevantes de las respuestas de los responsables encuestados.

Las variables fueron definidas en relación con dimensiones establecidas a partir de la reflexión de la documentación de Avedis Donabedian. En otras palabras, las dimensiones de calidad según Avedis Donabedian, en esta investigación, son consideradas como variables.

#### **4.2.1. Criterios de inclusión y de exclusión**

**Criterio de Inclusión:** Los criterios de inclusión con referencia a las unidades de análisis definidas como los gestores, miembros de los comités de ética e investigación de los hospitales oncológicos de la provincia de Paraná -Brasil generales y especializados públicos o privados, se sustentan en que dichos profesionales atiendan a pacientes clínicos, quirúrgicos y oncológicos ambulatorios, que hayan cumplido el proceso de acreditación o estén transitando el proceso durante el año 2019 y hayan aceptado participar de la presente investigación.

**Criterio de Exclusión:** Por otra parte, como criterio de exclusión se ha descartado a los gestores, miembros de los comités de ética e investigación de los hospitales oncológicos de la provincia de Paraná -Brasil generales y especializados públicos o privados que no hayan realizado durante el año 2019, que no brindaron atención clínica, quirúrgica y ambulatoria a pacientes que padecen algún tipo de cáncer, no hayan aceptado participar de esta investigación y no hayan cumplido con el proceso de acreditación o no estén transitando dicho proceso.

#### **4.3. Técnica de obtención de datos**

Como hemos mencionado, se ha implementado una encuesta en línea para obtener los datos a ser analizados, que se envió a los 28 hospitales oncológicos de Paraná, y que fue

respondido por los miembros de los comités de ética e investigación de los hospitales oncológicos de la provincia de Paraná – Brasil durante el año 2019, de los cuales han respondido 26 y sobre esos datos hemos basado esta investigación.

Como es casi cien por ciento de lo que se ha querido encuestar, consideramos que podemos tener una visión por lo menos acabada, pero nunca clausurada.

Se optó por utilizar la herramienta *Google Forms*, que permitió la creación de la encuesta y posteriormente la obtención de datos a través de gráficos e información que se desdoblaron en indicadores de las dimensiones y tablas de comentarios.

#### **4.4. Procedimientos**

Para realizar esta investigación se ha optado, en una primera etapa heurística, por la exploración bibliográfica sobre antecedentes que conformen el estado del arte respecto del tema en cuestión y para la elaboración de un marco conceptual.

Posteriormente, se pensó y se estructuró un diseño para el análisis bibliográfico, la constitución del objetivo general y de los objetivos específicos y se ha diseñado una encuesta acorde a las potencialidades y limitaciones del objeto de estudio.

En simultáneo con lo anterior, se elaboró una encuesta que consideraba las dimensiones de Donabedian como variables para indagar sobre la calidad de las instituciones hospitalarias en las que hacemos foco en esta investigación.

A partir de lo anterior, se recopilaron los datos obtenidos, se analizaron mediante la descripción y el contraste para su posterior interpretación y exposición.

## **5. Presentación de datos y Análisis de resultados**

Este capítulo presenta los resultados obtenidos en la investigación de campo y el de datos, con el fin de identificar las relaciones entre las variables de entrada (independientes) y las variables de salida (dependientes). Primero, se presenta la caracterización de la muestra, utilizando estadísticas descriptivas que se subdivide en dos partes: caracterización de los encuestados y caracterización de los síntomas. En la secuencia, se tabulan los resultados del análisis de correlación entre las variables de entrada y las variables dependientes y, para los resultados significativos al nivel de confianza del 95%, se presentan los resultados de la regresión logística.

Los cuestionarios fueron respondidos del 19 de septiembre al 16 de noviembre de 2019. Como responsable de la investigación, el autor firmó un acuerdo de confidencialidad y lo envió a los hospitales participantes. Como la investigación no tenía carácter de investigación sobre personas o animales, no era necesario remitirla a un comité de ética e investigación.

### **5.1. Instituciones participantes**

Los hospitales que participaron en la investigación se corresponden con 26 hospitales oncológicos de Paraná (Brasil) y se dividieron en: privados, públicos y filantrópicos (son financiados por el gobierno para atender al 60% de los pacientes de la salud pública y al 40% de los pacientes privados y los planes de salud —medicina prepaga—). Los modelos principales de financiación de la salud pueden ser: pagado por el paciente, por el seguro social —que en Brasil puede entenderse como coparticipación—, por el seguro privado, por financiación comunitaria —en general, planes de salud financiados por cooperativas— (Lemus et. al., 2009).

A continuación, podemos ver el perfil de las instituciones participantes. Según el control administrativo de los hospitales participantes, 9 hospitales (34%) son privados, 9 (34%) son públicos y 8 (30%) son públicos.

**Tabla 3**

*Características del servicio*

Control administrativo	Datos Absolutos	Datos Porcentuales
Hospitales Públicos	9	34,6%
Hospitales Privados	9	34,6%
Hospitales Filantrópicos	8	30,8%

**Nota.** Elaboración propia con base en los hospitales que respondieron el cuestionario electrónico para esta investigación.

### 5.1.2. Escala de organizaciones participantes

Un aspecto relevante para llevar a cabo la investigación es el tamaño de las organizaciones participantes. Según la ordenanza 1881/94 del Ministerio de Salud, un hospital se clasifica en pequeño (hasta 50 camas), mediano (de 50 a 150), grande (de 150 a 400) y especial (más de 400). El nivel de complejidad del programa es directamente proporcional al tamaño y grado de sofisticación tecnológica de la organización. En la siguiente figura, podremos ver el porcentaje de los hospitales participantes por tamaño, donde 19,2% son pequeños, 50% medios y 30,8% de gran porte.



**Gráfico 1.** Perfil de los hospitales por tamaño. Elaboración propia con base en la información de las instituciones participantes.

**Tabla 4**

*Perfil de los hospitales participantes por tamaño*

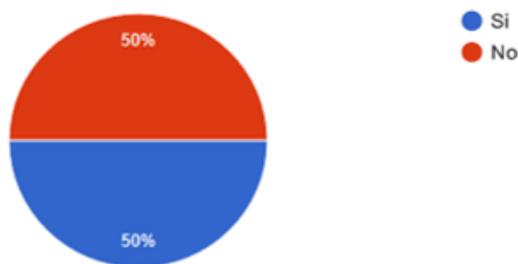
Escala de hospitales	Datos Absolutos	Datos Porcentuales
Tamaño pequeño (hasta 50 camas)	5	19,2%
Tamaño mediano (51 a 150 camas)	13	50%
Gran porte (máxima de 151 camas)	8	30,8%

**Nota.** Podemos apreciar que la mayoría de los hospitales que participaron de la encuesta son de tamaño medio.

Fuente: Elaboración propia con base en la información de las encuestas realizadas.

En Brasil, en la atención hospitalaria predomina el hecho de que estos servicios son de tamaño medio (CNES 2020), teniendo en cuenta la densidad de población de las diversas regiones del país, y la necesidad de núcleos de referencia y de alta complejidad.

### 5.1.3. Condición de acreditación



**Gráfico 2.** Condición de Acreditación de los hospitales participantes. Fuente: Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

La encuesta también identificó la condición de acreditación. En el gráfico anterior, vemos que, en total, el 50% de los hospitales encuestados están acreditados y la otra mitad no. Como la propuesta de investigación es comparativa, la muestra tuvo como objetivo identificar las diferencias, los impactos y los cambios que ocurrieron entre hospitales ya acreditados en contraste con los que aún no están acreditados.

Las comparaciones los hospitales acreditados ONA y los no acreditados nos permitieron analizar, a continuación, los impactos de las dimensiones dentro del proceso de acreditación, y cómo los hospitales no acreditados trabajan con estas mismas dimensiones.

**Tabla 5**

*Condición de los Hospitales*

<b>Condición de Acreditado</b>	<b>Datos Absolutos</b>	<b>Datos Porcentuales</b>
Hospitales Oncológicos Acreditados ONA (Sí)	13	50%
Hospitales No Acreditados (No)	13	50%

Nota. Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

La mayoría de las instituciones que han sido encuestadas (73,1%) necesitó un máximo de tres años para prepararse para obtener la acreditación. Pudimos observar que el

tiempo promedio entre el inicio de la preparación hasta la obtención de la acreditación es considerablemente relativo.

**Tabla 6**

*Tiempo de acreditación*

<b>Tiempo para obtener la acreditación</b>	<b>Datos Absolutos</b>	<b>Datos Porcentuales</b>
1 año o menos	19	73,1%
Entre 1 y 2 años	3	11,5%
Entre 2 y 3 años	1	3,8%
Entre 3 y 4 años	2	7,7%
Más de 4 años	1	3,8%

*Nota.* Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

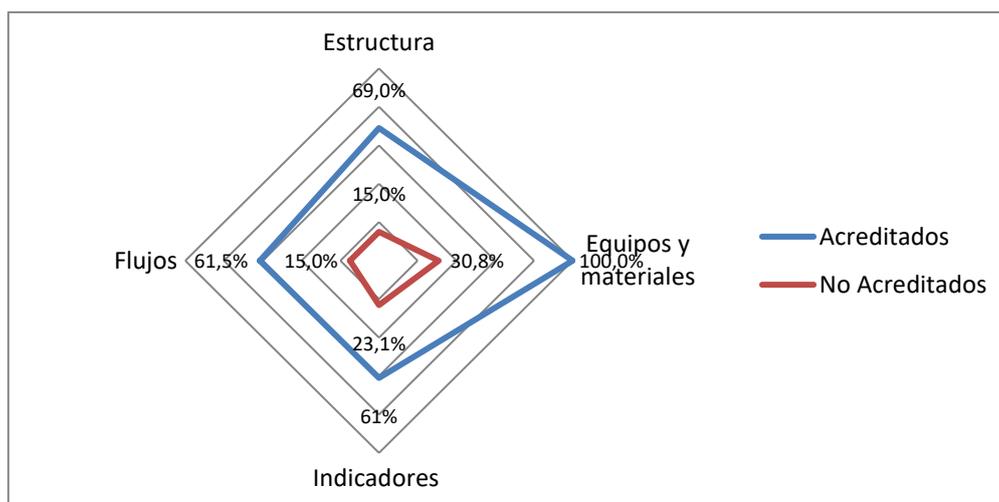
En Brasil, el tiempo para obtener el proceso de acreditación es variable, debido a la forma en que las instituciones pueden buscar este proceso (Saut 2016). Algunas organizaciones buscan apoyo de consultoría, otras buscan el proceso de acreditación con la experiencia de sus propios profesionales, otras pasan por un proceso de aplicación de metodologías y cambios estructurales y de procesos. Todos estos factores, junto con el contexto de la organización, el nivel de madurez del proceso y los ajustes necesarios para cumplir los requisitos fundamentales infieren de manera directa en el tiempo para obtener la acreditación.

## **5.2. Eficacia**

Como hemos mencionado con base en Donabedian (1990), cuando hablamos de eficacia nos referimos a ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la

salud y el bienestar. En otras palabras, es la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables.

Como mencionamos en el capítulo 3, con la dimensión de eficacia nos referimos a acciones continuas dirigidas a la mejora de las estructuras físicas, con un impacto evidente en la mejora de la atención al paciente, a la inversión en equipos y materiales que impacten en la mejora clínica del paciente, a la adopción de prácticas terapéuticas medibles y con evidencia positiva en los objetivos terapéuticos, y, por último, a llevar a cabo actividades con evidencia de mejora en el servicio, basadas en flujos de atención o líneas de atención. Sobre la base de estos cuatro aspectos se formularon las preguntas pertinentes, y el resultado es una comparación entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados.



**Gráfico 3.** Resultado global de la dimensión de eficacia. Fuente: elaboración propia con base en la información de las encuestas.

En el gráfico anterior, las preguntas se resumieron en palabras clave, y observamos que al comparar los hospitales acreditados ONA con los no acreditados, vemos que en relación con la estructura, el 69% de los hospitales pueden demostrar solvencia, mientras que entre los hospitales no acreditados, el solo 15%. En la pregunta relacionada con los equipos y materiales, los hospitales acreditados ONA atienden el 100% del ítem de la pregunta, mientras que entre

los hospitales no acreditados el 30,8% son capaces de evidenciarlo. Respecto de los indicadores, el 61% de los hospitales acreditados ONA obtienen pruebas de asistencia a la pregunta, mientras que entre los hospitales no acreditados, el 23,1%. Sobre los flujos de atención, el 61,5% de los hospitales presentan pruebas, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 15%.

**Tabla 7**

*Cuadro comparativo de la dimensión de la eficacia*

<b>Eficacia</b>	<b>Acreditados ONA</b>	<b>No acreditados</b>	<b>Resultados</b>
Estructura	69,0%	15,0%	54,0%
Equipos y materiales	100,0%	30,8%	69,2%
Indicadores	61%	23,1%	37,9%
Flujos	61,5%	15,0%	46,5%
Media	72,9%	21,0%	51,9%

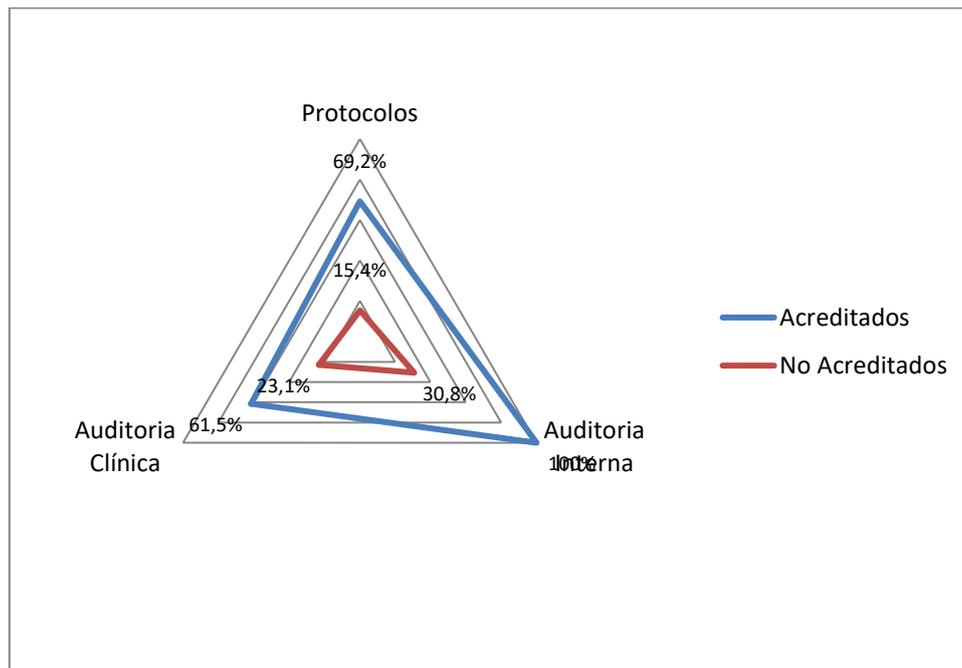
*Nota.* Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

Considerando la tabla anterior, vemos una diferencia entre los hospitales acreditados ONA y los no acreditados. La diferencia entre los hospitales que atienden la pregunta relacionada con la estructura es del 54%, para la pregunta relacionada con los equipos y materiales, la diferencia es del 69,2%, para el flujo la diferencia es del 46,5%, generando un promedio del 51,9%.

En síntesis, la dimensión 1 considera que los hospitales oncológicos acreditados ONA obtienen porcentajes superiores a que los no acreditados.

### 5.3. Efectividad

El enfoque de la dimensión de efectividad era el cumplimiento. Para alinear la dimensión con los requisitos de acreditación sanitaria, se consideraron tres aspectos: Protocolos con objetivos definidos, Auditoría interna de calidad, Auditoría de la práctica clínica.



**Gráfico 4.** Resultado global de la dimensión efectividad. Fuente: Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

La línea azul del gráfico, vinculada con los hospitales oncológicos acreditados ONA, muestra la distancia desde la línea roja, considerando el porcentaje de hospitales que cumplen con el ítem. Las preguntas se resumieron en palabras clave, y observamos que al comparar los hospitales oncológicos acreditados ONA con los no acreditados, vemos que en relación con la pregunta vinculada con los protocolos, el 69,2% de los hospitales pueden demostrar que asisten, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 15,4%. En la pregunta relacionada con auditoría interna, los hospitales oncológicos acreditados ONA atienden el 100% del ítem de la pregunta, mientras que entre los hospitales no acreditados el 30,8% son

capaces de evidenciarlo. En la pregunta relacionada con la auditoría clínica, el 61% de los hospitales oncológicos acreditados ONA obtienen pruebas para responder la pregunta, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 23,1% obtiene pruebas.

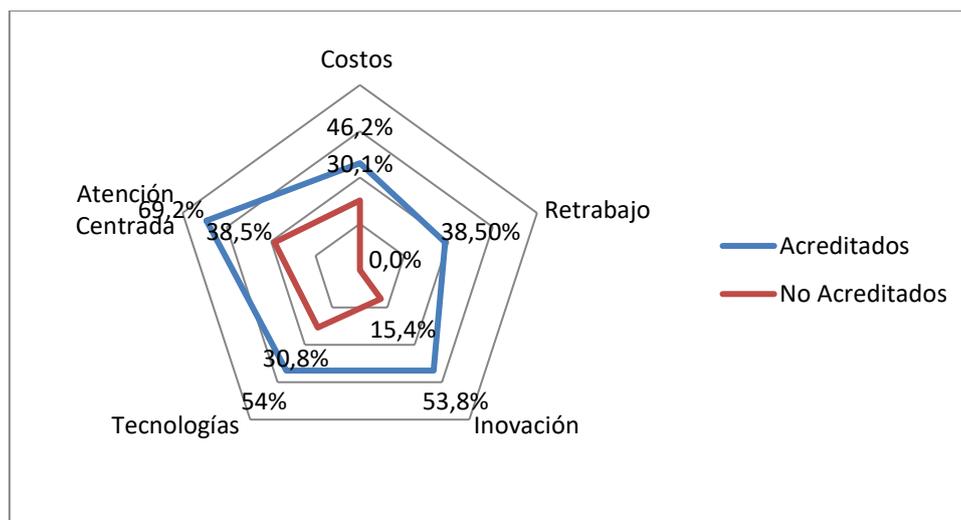
Considerando la tabla precedente, vemos una diferencia entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados. La diferencia entre los hospitales que pueden responder con evidencias la pregunta vinculada con los protocolos es del 53,8%, para la pregunta relacionada a auditoría interna, la diferencia es del 69,2%, para auditoría clínica la diferencia es del 38,4%, lo que genera un promedio del 51,9%.

Teniendo en cuenta el análisis anterior, respecto de la segunda dimensión, los hospitales oncológicos acreditados por ONA obtienen porcentajes superiores a que los no están acreditados.

#### **5.4. Eficiencia**

El objetivo de la dimensión de eficiencia es poner en relieve la forma en que los hospitales oncológicos acreditados ONA y no acreditados gestionan sus recursos de la mejor manera posible en un contexto determinado. Los puntos clave de dicha dimensión son: a) Evidencia e indicadores de reducción de costos sin impacto negativo en la atención al paciente; b) Existencia de una metodología definida para reducir el retrabajo; c) Evidencia de proyectos de innovación implementados; d) Introducción periódica de nuevos métodos y tecnologías para mejorar los procesos de atención; e) Exponer constancia en más y mejores prácticas y acciones orientadas al paciente.

En el siguiente gráfico, podremos ver la diferencia entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y no acreditados según la dimensión de la eficiencia.



**Gráfico 5.** Resultado global de la dimensión eficiencia

La línea azul del gráfico refiere a los hospitales oncológicos acreditados ONA, y muestra la distancia desde la línea roja, que representa a los hospitales oncológicos no acreditados, considerando el porcentaje de hospitales que cumplen con el ítem

El análisis se resumió en palabras clave, y al comparar los hospitales oncológicos acreditados ONA con los no acreditados, observamos que, en relación con la pregunta que refiere a costos, el 46,2% de los hospitales pueden responder satisfactoriamente, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 30,1%. En la pregunta vinculada con el retrabajo, el 38,50% poseen iniciativas, mientras que entre los hospitales no acreditados el 0% son capaces de evidenciar la propuesta de mejoras al respecto. Sobre la innovación, el 53,8% de los hospitales oncológicos acreditados ONA pueden evidenciar acciones pertinentes, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 15,4%. En el ítem referente a la implementación de nuevas tecnologías, el 54% de los hospitales oncológicos acreditados ONA pueden evidenciar la puesta en marcha de proyectos al respecto, y los hospitales no acreditados, solo el 30,08%. Respecto de la atención centrada en el paciente, el 69,2% de los hospitales oncológicos acreditados ONA pueden evidenciar que su atención tiene en cuenta la perspectiva del paciente, y entre los hospitales no acreditados, solo el 38,5%.

En la tabla a continuación, podremos ver, de forma comparativa, los resultados de la dimensión eficiencia.

**Tabla 8**

*Cuadro comparativo dimensión eficiencia*

<b>Eficiencia</b>	<b>Acreditados ONA</b>	<b>No Acreditados</b>	<b>Resultado</b>
Costos	46,2%	30,1%	16,1%
Retrabajo	38,50%	0,0%	38,5%
Innovación	53,8%	15,4%	38,4%
Tecnologías	54%	30,8%	23,0%
Atención Centralizada	69,2%	38,5%	30,7%
Media	52,3%	23,0%	29,3%

*Nota.* Elaboración propia con base en la información de los resultados de la encuesta.

Considerando la tabla anterior, podemos ver la diferencia entre los hospitales que pueden responder con evidencia palpable la pregunta relacionada con costos es del 16,1%; para la pregunta relacionada retribución, la diferencia es del 38,5%; para innovación la diferencia es del 38,4%; con relación al ítem tecnologías, la diferencia es de 23,0%; respecto de la atención centralizada, la diferencia es de 30,7%, generando un promedio del 29,3%.

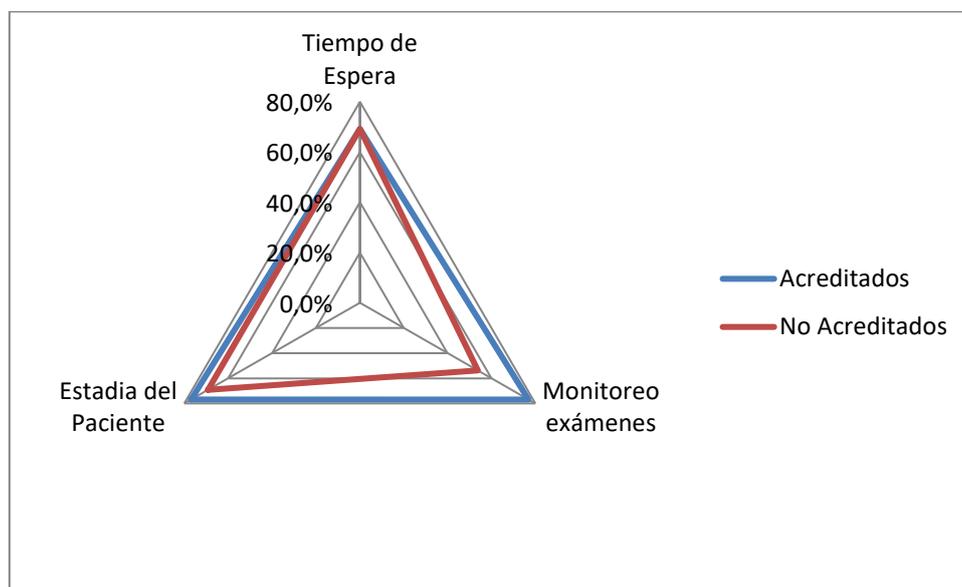
A propósito, y respecto de la dimensión analizada, podemos decir que los hospitales acreditados por la ONA obtienen porcentajes superiores a los no acreditados.

## **5.5. Optimización**

En la dimensión de la optimización, las preguntas que se elaboraron para el cuestionario se centraron principalmente en las pruebas de gestión del tiempo de espera, teniendo en cuenta

el carácter crítico y la repercusión directa en la asistencia prestada al paciente. Los elementos evaluados fueron: a) Disminución del tiempo de espera; b) Reducción del tiempo de entrega de los resultados de las pruebas de laboratorio y de imágenes; c) Reducción de la estancia en la institución;

En el gráfico a continuación, podremos ver expresada la diferencia entre los hospitales oncológicos acreditados ONA en contraste con los no acreditados según la dimensión de la optimización.



**Gráfico 6.** Resultado global de la dimensión optimización. Elaboración propia con base en la información de las encuestas realizadas.

La línea azul del gráfico, relacionada con los hospitales oncológicos acreditados ONA, muestra la distancia desde la línea roja, relacionada con los hospitales oncológicos no acreditados ONA, considerando el porcentaje de hospitales que cumplen con el ítem.

En el gráfico anterior, las preguntas se resumieron en palabras clave, y observamos que al comparar los hospitales oncológicos acreditados ONA con los no acreditados, vemos que, en relación con la pregunta relacionada con tiempo de espera, 69,2% de los hospitales oncológicos acreditados ONA pueden demostrar que asisten, mientras que entre los hospitales no acreditados, el 69,2% puede demostrar. En la pregunta relacionada con monitoreo de

exámenes, 76,9% poseen iniciativas, mientras que entre los hospitales no acreditados el 53,8% son capaces de evidenciarlo. En la pregunta relacionada con la estadía del paciente 76,9% de los hospitales oncológicos acreditados ONA obtienen pruebas de asistencia a la pregunta, mientras que, entre los hospitales no acreditados, el 64,1% obtiene pruebas.

**Tabla 9**

*Cuadro comparativo de la dimensión optimización*

<b>Optimización</b>	<b>Acreditados ONA</b>	<b>No Acreditados</b>	<b>Resultado</b>
Tiempo de espera	69,2%	69,2%	0,0%
Monitoreo exámenes	76,9%	53,8%	23,1%
Estadía del paciente	76,9%	69,2%	7,7%
Media	74,3%	64,1%	10,3%

*Nota.* Elaboración propia con base en la información de las encuestas realizadas.

Considerando la tabla anterior, vemos una diferencia entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados. La diferencia entre los hospitales que atienden la pregunta relacionada con el tiempo de espera es del 0%, para la pregunta relacionada monitoreo de exámenes, la diferencia es del 23,1%, para estadía del paciente es del 7,7%, generando un promedio del 10,3%.

Con base en el análisis de los párrafos anterior, podemos decir que, respecto de la dimensión optimización, los hospitales acreditados ONA obtienen porcentajes superiores en contraste con los no acreditados.

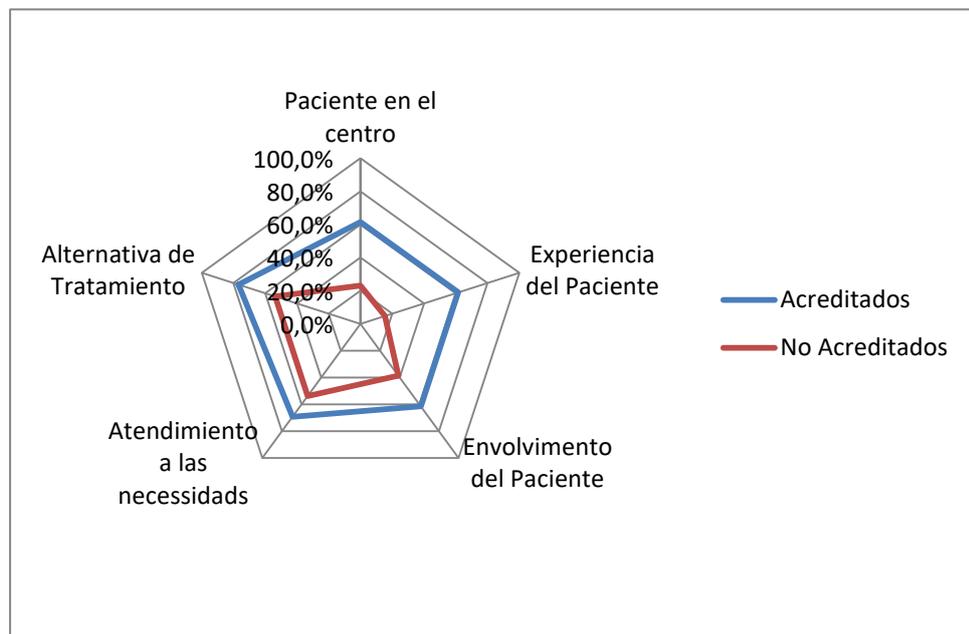
## 5.6. Aceptabilidad

Para Donabedian (1990), aceptabilidad se relaciona con la atención a los deseos, a expectativas y los valores de los pacientes y sus familias. La dimensión depende de la eficacia, eficiencia y adecuación, y la accesibilidad, las características de la relación médico-paciente y de las comodidades del cuidado.

Así, los elementos que se observaron para la investigación fueron: Evidencia de que el paciente está en el centro de atención, de acuerdo con estrategias definidas y documentadas. Evidencia de que la experiencia del paciente se evalúa periódicamente. El paciente y la familia participan en el proceso de toma de decisiones del tratamiento. Evidencia de que se satisfacen las necesidades del paciente para que pueda adherirse más fácilmente al tratamiento. Existe evidencia de que, siempre que sea posible, se presentan alternativas de tratamiento a los pacientes.

Según los resultados de los datos de la investigación, vemos que para los hospitales no acreditados, la referencia relacionada con la atención centrada en el paciente es todavía nueva, considerando que todavía no es un requisito legal que los hospitales no acreditados desarrollen estrategias específicas en este sentido. Los hospitales oncológicos acreditados ONA deben presentar pruebas en el proceso de acreditación basadas en la planificación estratégica y otros instrumentos y registros, de que el paciente está en el centro, participa en su planificación terapéutica, tiene alternativas de tratamiento y, por lo tanto, es un agente activo en el proceso de atención. Este tema sigue siendo un desafío incluso para los hospitales oncológicos

acreditados ONA, pero están más capacitados para trabajar en la cultura institucional de la atención centrada.



**Gráfico 7.** Resultado global de la dimensión aceptabilidad (atención a las necesidades). Fuente: Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

El gráfico anterior muestra los porcentajes comparativos y la diferencia estadística entre hospitales oncológicos acreditados ONA y no acreditados. La línea azul del gráfico refiere a los hospitales oncológicos acreditados ONA, y muestra la distancia desde la línea roja, que representa a los hospitales oncológicos acreditados ONA considerando el porcentaje de hospitales que cumplen con el ítem.

Para lo antes expuesto, las preguntas se resumieron en palabras clave, y al comparar los hospitales oncológicos acreditados ONA con los no acreditados, vemos que, en relación con la pregunta sobre los pacientes en el centro, el 61,5% de los hospitales oncológicos acreditados ONA pueden responder con acciones palpables, mientras que, entre los hospitales no acreditados, solo puede hacerlo el 23,1%. En la pregunta sobre la experiencia del paciente, el 61,5% poseen iniciativas, mientras que entre los hospitales no acreditados el 15,4% es capaz

de evidenciarlo. Respecto de la participación de los pacientes, el 61,5% de los hospitales oncológicos acreditados ONA obtienen pruebas de asistencia a la pregunta, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 38,5%. En la pregunta relacionada con la atención a las necesidades, el 69,2% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informaron que poseen iniciativas, mientras que los hospitales no acreditados, solo el 53,8%. Respecto de las alternativas de tratamiento, vemos que el 76,9% de los hospitales oncológicos ONA informan tener alternativas de tratamiento, y entre los hospitales solo el 36,9%.

**Tabla 10**

*Cuadro comparativo de la dimensión aceptabilidad*

<b>Aceptabilidad</b>	<b>Acreditados ONA</b>	<b>No Acreditados</b>	<b>Resultado</b>
Paciente en el centro	61,5%	23,1%	38,4%
Experiencia del paciente	61,5%	15,4%	46,1%
Involucramiento del paciente	61,5%	38,5%	23,0%
Atendimiento a las necesidades	69,2%	53,8%	15,4%
Alternativa de tratamiento	76,9%	53,8%	23,1%
Media	66,1%	36,9%	29,2%

*Nota.* Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

Considerando la tabla anterior, vemos una diferencia entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados. La diferencia entre los hospitales que atienden la pregunta relacionada con la atención del paciente en el centro es de 38,4%, para la pregunta relacionada con la experiencia del paciente, la diferencia es del 46,1%. Respecto de cuán involucrado está el paciente, podemos observar que hay un contraste del 23%. Sobre la atención de las necesidades de los pacientes, la diferencia es del 15,4%; para la pregunta referente a

alternativa de tratamiento, la diferencia es del 23,1%, lo que genera un promedio de diferencia del 29,2%.

Por el análisis de los párrafos anteriores, podemos decir que, respecto de la dimensión de aceptabilidad, los hospitales acreditados por la ONA obtienen porcentajes superiores a los no acreditados.

### 5.7. Legitimidad

Dentro de la dimensión de la legitimidad, tratamos de identificar la forma en que la organización colabora con la sociedad y cómo es percibida por sus habitantes y ciudadanos. Para esta empresa, nos basamos en las siguientes preguntas: ¿La organización es considerada como referente en alguna especialidad?, ¿La organización desarrolla acciones con impacto en la sociedad? ¿Los habitantes y ciudadanos participan activamente de acciones promovidas por la organización?

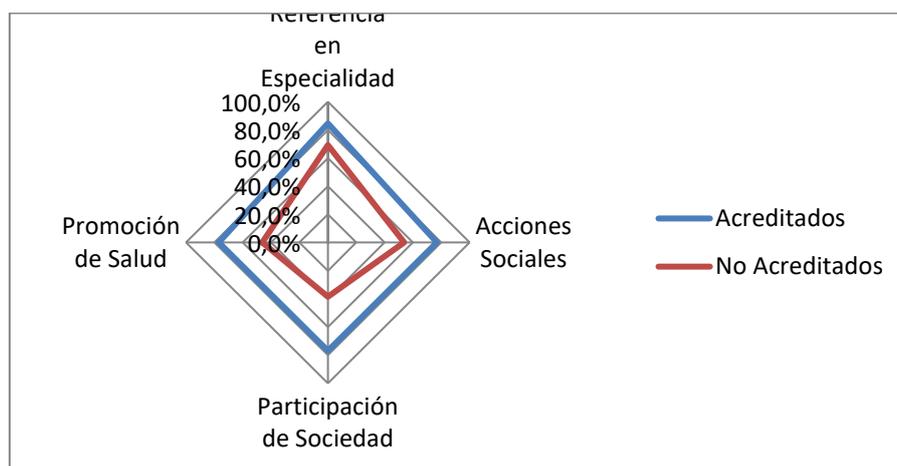


Gráfico 8. Resultado global de la dimensión legitimidad. Fuente: Elaboración propia

El gráfico anterior muestra los porcentajes comparativos y la diferencia estadística entre hospitales oncológicos acreditados ONA y no acreditados. La línea azul del gráfico, que representa a los hospitales oncológicos acreditados ONA, muestra la distancia desde la línea

roja, que representa a los hospitales oncológicos no acreditados ONA, considerando el porcentaje de hospitales que cumplen con el ítem.

Las preguntas se resumieron en palabras clave. Así, vemos que, en relación con el ítem especialidad, el 84,6% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informaron pudieron demostrar cambios al respecto, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 69,2%. En la pregunta relacionada con acciones sociales, el 76,9% informó que poseen iniciativas, mientras que entre los hospitales no acreditados el 53,8% son capaces de evidenciarlo. En la pregunta relacionada con participación de sociedad 76,9% de los hospitales oncológicos acreditados ONA obtienen pruebas de asistencia a la pregunta, mientras que entre los hospitales no acreditados, el 38,5% obtiene pruebas. En la pregunta relacionada a promoción de la salud, 76,9% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informaron que poseen iniciativas y 46,2% de los hospitales no acreditados informaron evidenciar.

**Tabla 11**

*Cuadro comparativo de la dimensión Legitimidad*

<b>Legitimidad</b>	<b>Acreditados ONA</b>	<b>No Acreditados</b>	<b>Resultado</b>
Referencia en especialidad	84,6%	69,2%	15,4%
Acciones sociales	76,9%	53,8%	23,1%
Participación en la sociedad	76,9%	38,5%	38,4%
Promoción de la Salud	76,9%	46,2%	30,7%
Media	78,8%	51,9%	26,9%

*Nota.* Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

Considerando la tabla anterior, la diferencia entre los hospitales que atienden la pregunta relacionada con la referencia en especialidad, esta es de 15,4%. Respecto de la

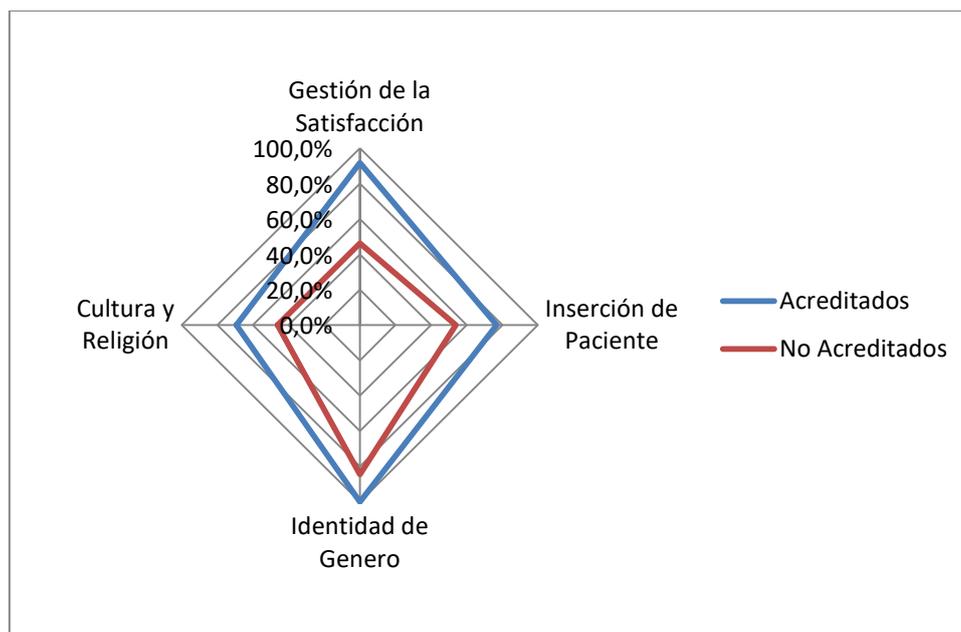
pregunta relacionada con la implementación de acciones sociales, es del 23,1%. La que refiere a la participación en la sociedad, es del 38,4%. La pregunta relacionada a vinculada con la promoción de la salud marca una diferencia del 30,7. Lo anterior genera un promedio de diferencia del 26,9%.

Por el análisis antes expuesto, podemos decir que, respecto de la dimensión de legitimidad, los hospitales acreditados por la ONA obtienen porcentajes superiores a los que no están acreditados.

## **5.8. Equidad**

Como hemos mencionado en el capítulo 3, Donabedian (1990) considera a la equidad como el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad forma parte de aquello que hace que la atención sea aceptable y socialmente legítima para los individuos. La equidad como atributo de la asistencia es tan importante que se merece figurar como un «pilar» aparte de la calidad.

Las preguntas sobre las que basamos nuestra atención para realizar la encuesta a los hospitales fueron: ¿Hay pruebas de que las necesidades de los pacientes están satisfechas? ¿Existen pruebas de que los pacientes con discapacidades se insertan fácilmente en el contexto de la atención prestada? ¿Existen pruebas de que los pacientes son tratados con su identidad de género? ¿Hay pruebas de que se están planteando los aspectos culturales y religiosos de los pacientes?



**Gráfico 9.** Resultado global de la dimensión equidad.

La línea azul del gráfico, relacionada con los hospitales oncológicos acreditados ONA, muestra la distancia desde la línea roja, relacionada con los hospitales oncológicos no acreditados ONA, considerando el porcentaje de hospitales que cumplen con el ítem.

Las preguntas se resumieron en palabras clave, y observamos que, al comparar los hospitales oncológicos acreditados ONA con los no acreditados, existe una relación con la pregunta vinculada con el nivel de satisfacción. El 91,7% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informaron que hay pruebas de satisfacción por parte de los pacientes y empleados, mientras que, entre los hospitales no acreditados, solo el 46,2% puede evidenciar efecto. En la pregunta relacionada con la inserción, el 76,9% informó que posee iniciativas, mientras que, entre los hospitales no acreditados, solo el 53,8% es capaz de evidenciarlo. En la pregunta relacionada con identidad de género, el 100% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informan que obtienen pruebas de asistencia a la pregunta, mientras que entre los hospitales no acreditados, el 84,6% puede evidenciar pruebas. En la pregunta relacionada con la cultura y la religión, el 69,2% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informó que posee iniciativas, en tanto los hospitales no acreditados, el 57,7%.

**Tabla 12***Cuadro comparativo de la dimensión equidad*

<b>Equidad</b>	<b>Acreditados ONA</b>	<b>No Acreditados</b>	<b>Resultado</b>
Gerenciamiento Satisfacción	91,7%	46,2%	45,5%
Inserción de Paciente	76,9%	53,8%	23,1%
Identidad de Genero	100,0%	84,6%	15,4%
Cultura y Religión	69,2%	46,2%	23,0%
Media	84,5%	57,7%	26,8%

*Nota.* Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

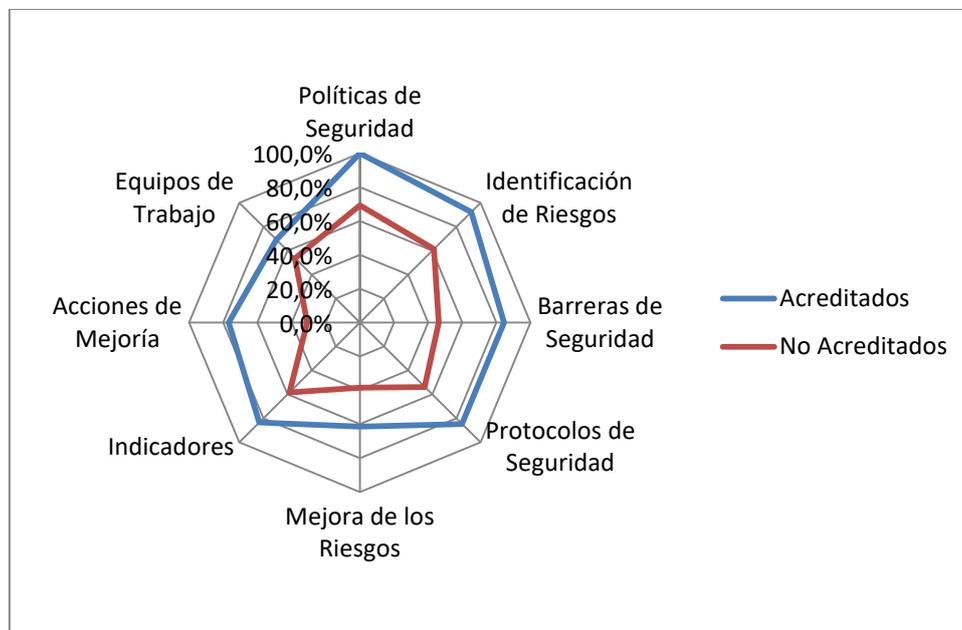
Considerando la tabla anterior, en que se compara el porcentaje de artículos servidos, como resultado vemos una diferencia entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados. La diferencia entre los hospitales que atienden la pregunta relacionada con el gerenciamiento de satisfacción es del 45,5%. La pregunta vinculada con la inserción de paciente hace una diferencia del 23,1%. Respecto de la identidad de género, vemos una diferencia del 15,4%. Por último, la pregunta relacionada con la cultura y la religión marca una diferencia del 23,0%. Así, hay un promedio de diferencia del 26,8%.

Con base en el análisis de los párrafos anteriores, respecto de la dimensión de equidad, los hospitales acreditados ONA obtienen porcentajes superiores a los que no están acreditados.

## **5.9. Estructura**

Las preguntas en las que nos hemos basado para indagar en esta dimensión fueron: ¿Existe evidencia de la política de seguridad del paciente? ¿Hay una identificación de los principales riesgos inherentes a los pacientes y a las enfermedades? ¿Existen pruebas de la

existencia de barreras de seguridad debido a los riesgos identificados? ¿Existen protocolos y rutinas de seguridad centrados en los procesos de atención y de gestión? ¿Existen pruebas de una mejora periódica de los riesgos gestionados? ¿Hay indicadores centrados en la seguridad del paciente y del proceso que se lleva a cabo? ¿Existen pruebas de que se están adoptando medidas continuas para mejorar la seguridad de los pacientes? ¿Existen pruebas de que todos los empleados participan en las prácticas de seguridad? ¿Hay estrategias de seguridad definidas para los pacientes y empleados?



**Gráfico 10.** Resultado global de la dimensión estructura. Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

La línea azul del gráfico, relacionada con los hospitales oncológicos acreditados ONA, muestra la distancia desde la línea roja, relacionada con los hospitales oncológicos no acreditados ONA, considerando el porcentaje de hospitales que cumplen con el ítem.

En el gráfico **Erro! Fonte de referência não encontrada.**, las preguntas se resumieron en palabras clave, y observamos que respecto de la política de seguridad, el 100% de los hospitales oncológicos acreditados ONA puede dar muestras palpables de acciones referidas, mientras

que entre los hospitales no acreditados, solo el 69,2%. En la pregunta relacionada con identificación de riesgos, el 92,3% informó que posee iniciativas, mientras que, entre los hospitales no acreditados, el 61,5% es capaz de evidenciarlo. Respecto de las barreras de seguridad, el 84,6% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informa que obtiene pruebas de asistencia a la pregunta, mientras que, entre los hospitales no acreditados, solo el 46,2% informa que obtiene pruebas. En relación con los protocolos de seguridad, el 84,6% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informó que posee iniciativas, en contraste con el 53,8% de los hospitales no acreditados. En la pregunta sobre la mejora de los riesgos, el 61,5% de los hospitales oncológicos acreditados ONA puede demostrar evidencias palpables al respecto, y de los hospitales no acreditados, solo el 38,5% pudo dar alguna muestra referida a este punto. Siguiendo con los indicadores, el 83,3% de los hospitales oncológicos acreditados ONA, informó que posee evidencias, y solo el 58,3% de los hospitales no acreditados pudo hacerlo. Sobre las acciones de mejoría, el 76,9% de los hospitales oncológicos acreditados ONA puede evidenciar acciones al respecto, y entre los hospitales no acreditados, solo el 30,8%. En la pregunta referente a equipos de trabajo, vemos que el 69,2% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informó que posee evidencias y solo el 53,8% de los hospitales no acreditados puede evidenciar.

En la tabla a continuación, podemos ver la comparación del resultado de la investigación y la diferencia entre hospitales oncológicos acreditados ONA y no acreditados.

**Tabla 13***Cuadro comparativo de la dimensión estructura*

<b>Estructura</b>	<b>Acreditados ONA</b>	<b>No Acreditados</b>	<b>Resultado</b>
Política de Seguridad	100%	69,2%	30,8%
Identificación de Riesgos	92,3%	61,5%	30,8%
Barreras de Seguridad	84,6%	46,2%	38,4%
Protocolos de Seguridad	84,6%	53,8%	30,8%
Mejora de los Riesgos	61,5%	38,5%	23,0%
Indicadores	83,3%	58,3%	25,0%
Acciones de Mejoría	76,9%	30,8%	46,1%
Equipos de Trabajo	69,2%	53,8%	15,4%
Media	81,6%	51,5%	30,0%

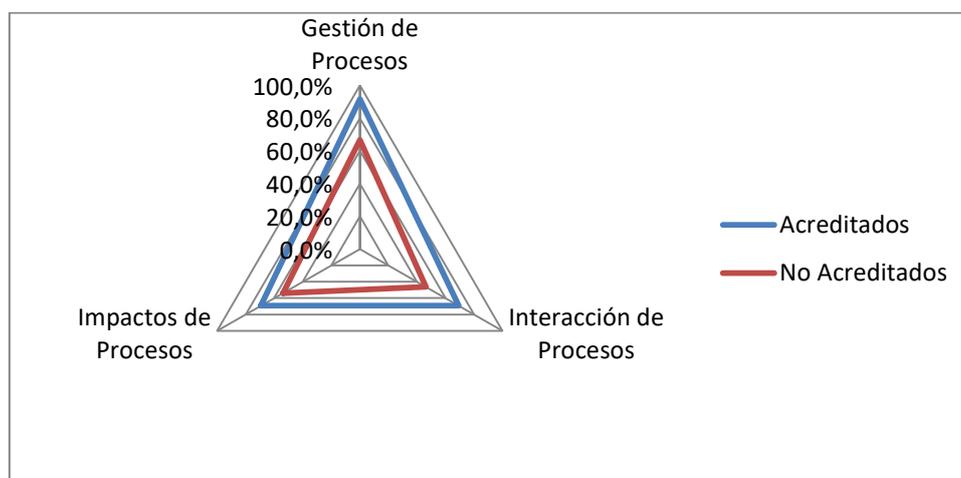
*Nota.* Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

Considerando la tabla anterior, vemos una diferencia entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados. La diferencia entre los hospitales que atienden la pregunta relacionada con la política de seguridad es de 30,8%. La pregunta vinculada con identificación de riesgos marca una diferencia del 30,8%. Respecto de las barreras de seguridad, la diferencia es del 38,4%. La diferencia sobre los protocolos de seguridad es del 30,8%, y respecto de la mejora de los riesgos, hay una diferencia del 23%. La diferencia sobre los indicadores es del 25%; para acciones de mejoría, 46,1%. Respecto de los equipos de trabajo, la diferencia es de 15,4%. Lo inmediatamente antes mencionado nos muestra que existe una diferencia promedio del 30%.

Según el análisis expuesto, respecto de la dimensión estructura, los hospitales acreditados por la ONA obtienen porcentajes superiores a que los no acreditados.

## 5.10. Procesos

Hemos mencionado que, para Donabedian (2003), el proceso implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia y las actividades del profesional al hacer el diagnóstico e indicar o ejecutar un tratamiento. Dentro de la dimensión de proceso, el objetivo era ver si los servicios de salud trabajan con un enfoque de proceso, gestionando sus procesos críticos, buscando la mejora y la optimización. Las preguntas definidas en este bloque fueron: ¿Hay pruebas de que los procesos se gestionan? ¿Hay pruebas de que los procesos interactúan y se comunican entre sí? ¿Hay pruebas de que las mejoras en los procesos tienen impacto en la organización?



**Gráfico 11.** Resultado global de la dimensión Procesos. Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

La línea azul del gráfico representa a hospitales oncológicos acreditados ONA, y muestra la distancia con la línea roja, que representa a los hospitales oncológicos no acreditados ONA, considerando el porcentaje las organizaciones que cumplen con el ítem.

En el gráfico precedente, las preguntas se resumieron en palabras clave, y al comparar los hospitales oncológicos acreditados ONA con los no acreditados, vemos que respecto de la

pregunta relacionada con gestión de procesos, el 91,7% de los hospitales oncológicos acreditados ONA pudo evidenciar acciones referidas, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 66,7%. Respecto de la interacción de procesos, el 69,2% posee iniciativas, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 46,2% pudo evidenciar acciones al respecto. En la pregunta vinculada con el impacto de procesos, el 69,2% de los hospitales oncológicos acreditados ONA enumeró impactos, mientras que, entre los hospitales no acreditados, solo pudo hacerlo el 53,8%.

En la tabla a continuación podremos ver el resultado estadístico y la comparación entre hospitales oncológicos acreditados ONA y no acreditados.

**Tabla 14**

*Cuadro comparativo de la dimensión Procesos*

<b>Procesos</b>	<b>Acreditados ONA</b>	<b>No Acreditados</b>	<b>Resultado</b>
Gestión de Procesos	91,7%	66,7%	25,0%
Interacción de Procesos	69,2%	46,2%	23,0%
Impactos de Procesos	69,2%	53,8%	15,4%
Media	77%	55,6%	21,1%

*Nota.* Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

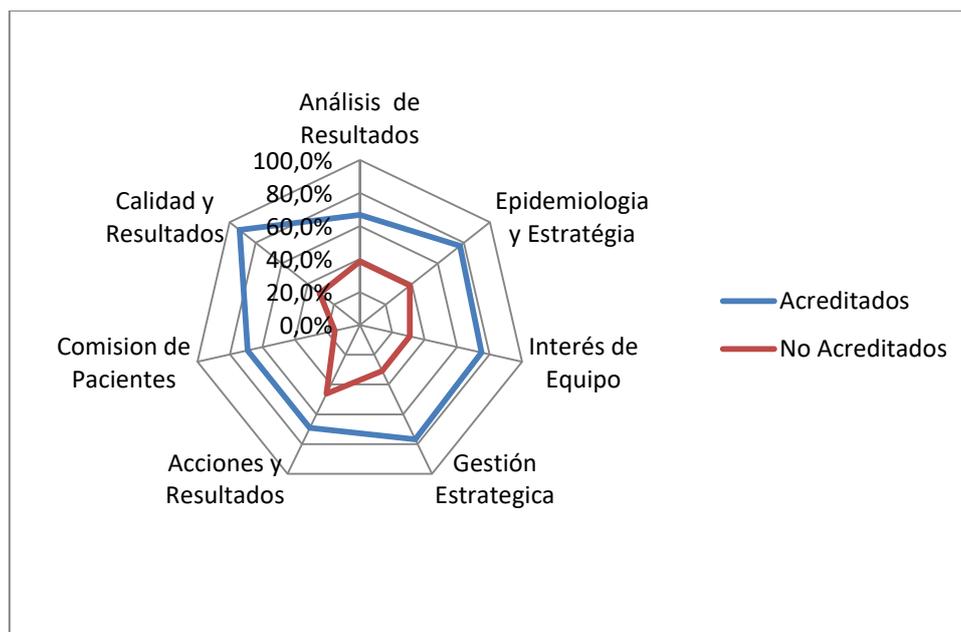
Considerando la tabla anterior, vemos una diferencia entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados. La diferencia entre los hospitales que atienden la pregunta relacionada con la gestión de procesos es de 25%, para la pregunta que refiere a la interacción de procesos, la diferencia es del 23,1%, para los impactos de proceso, la diferencia es del 15,4%. Es decir, hay un promedio general del 21,1%.

Con base en el análisis expuesto, la dimensión procesos considera que los hospitales acreditados por la ONA obtienen porcentajes superiores a que los no acreditados.

### **5.11. Resultados**

Esta dimensión se constituyó como el último bloque de la encuesta. El objetivo de considerar esta dimensión de calidad era identificar si las organizaciones eran capaces de medir el resultado alcanzado debido a la aplicación del sistema de calidad, y qué diferencia hay —en términos de resultado— entre los hospitales oncológicos acreditados ONA de los no acreditados. Las preguntas definidas para este bloque fueron: ¿El personal directivo superior analiza la seguridad, las prácticas de atención y los resultados financieros? ¿Considera que el perfil epidemiológico de mayor prevalencia, gravedad y riesgo es uno de los ejes de la estrategia de la organización? ¿Comprenden todos los dirigentes que los resultados alcanzados pueden mejorarse y que estos se buscan sobre la base de planes de acción bien definidos? ¿Supervisan estratégicamente los acontecimientos adversos y las desviaciones de los procesos, centrándose en la mejora continua? ¿Hay pruebas de que las acciones llevadas a cabo por el equipo mejoran los indicadores de los resultados de la atención? ¿Evalúan la experiencia de atención del paciente, y tiene un comité con pacientes que puede añadir valor? ¿Contribuyen visiblemente las acciones y la calidad a los resultados financieros?

En el gráfico a continuación, podremos ver el resultado estadístico de la investigación y la diferencia entre hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados.



**Gráfico 12.** Evidencia global de la dimensión Resultados. Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

La línea azul del gráfico representa a los hospitales oncológicos acreditados ONA, y muestra la distancia con la línea roja, relacionada con los hospitales oncológicos no acreditados ONA, considerando el porcentaje de hospitales que cumplen con el ítem.

Las preguntas se resumieron en palabras clave, y observamos, al comparar los hospitales oncológicos acreditados ONA con los no acreditados, que, en relación con la pregunta sobre el análisis de resultados, el 66,7% de los primeros pudieron dar evidencias al respecto, mientras que solo el 38,5% de los segundos pudo hacerlo. En la pregunta relacionada con epidemiología y estrategia, el 76,9% evidenció iniciativas referidas, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 38,5% pudo hacerlo. Respecto del interés de equipo, el 75% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informó que existe gran participación, mientras que entre los hospitales no acreditados, solo el 30,8% pudo dar evidencias al respecto. En la pregunta vinculada con la gestión estratégica, el 76,9% de los hospitales oncológicos acreditados ONA informó sobre algunas iniciativas, y entre los no acreditados, solo el 30,8%. En la pregunta de acciones y resultados, el 2% de los hospitales oncológicos acreditados ONA

pudo demostrar evidencias, y solo el 46,2% de los hospitales no acreditados pudo hacerlo. En la pregunta referente a comisión de paciente, el 69,2% de los hospitales oncológicos acreditados ONA pudo demostrar evidencias palpables, mientras que solo el 15,4% de los hospitales no acreditados estuvo en condiciones de hacerlo. Sobre la calidad y los resultados, el 92,3% de los hospitales oncológicos acreditados ONA asistieron a la pregunta, en tanto solo 30,8% de los hospitales no acreditados pudo asistir.

En la tabla a continuación, podremos ver el resultado estadístico y la comparación entre hospitales oncológicos acreditados ONA y no acreditados.

**Tabla 15**

*Cuadro comparativo de la dimensión Resultados*

<b>Resultado</b>	<b>Acreditados ONA</b>	<b>No Acreditados</b>	<b>Resultado</b>
Análisis de Resultados	66,7%	38,5%	28,2%
Epidemiología y Estrategia	76,9%	38,5%	38,4%
Interés de Equipo	75,0%	30,8%	44,2%
Gestión Estratégica	76,9%	30,8%	46,1%
Acciones y Resultados	69,2%	46,2%	23,0%
Comisión de Pacientes	69,2%	15,4%	53,8%
Calidad y Resultados	92,3%	30,8%	61,5%
Media	75,2%	33,0%	42,2%

*Nota.* Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

Mediante la tabla anterior, podemos dar cuenta de la diferencia entre los resultados de hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados. Considerando el análisis de resultados, hay una diferencia del 28,2%, respecto de epidemiología y estrategia, la diferencia

es del 38,4%. En cuanto al interés de equipo, existe una diferencia del 44,2%. Respecto de la gestión estratégica, se marca una diferencia del 46,1%. Por último, acciones y resultados, comisión de pacientes y calidad y resultados, tienen una diferencia del 23%, 53,78% y 61,5%, respectivamente. Así, podemos decir que hay una diferencia media del 42,2%.

De acuerdo con el análisis antes expuesto, respecto de la dimensión Resultados, podemos decir que los hospitales acreditados ONA obtienen porcentajes superiores a los no acreditados.

## **5.12. Conclusiones parciales**

En este capítulo, volvemos a la discusión de los objetivos y proposiciones de la investigación a la luz de los resultados obtenidos. A continuación, se presentan las consecuencias para la práctica, las limitaciones y las sugerencias para la labor futura.

Y la pregunta de la investigación era: ¿cuáles son los resultados del proceso de acreditación en hospitales oncológicos públicos y privados, acreditados y no acreditados en la provincia de Paraná durante 2019?

Este estudio se llevó a cabo en 26 hospitales oncológicos del estado de Paraná, entre ellos 13 acreditados y 13 no acreditados, comparando la percepción de la aplicación de las dimensiones de calidad, según la premisa de los modelos de acreditación existentes en el país (más concretamente, el modelo de acreditación ONA).

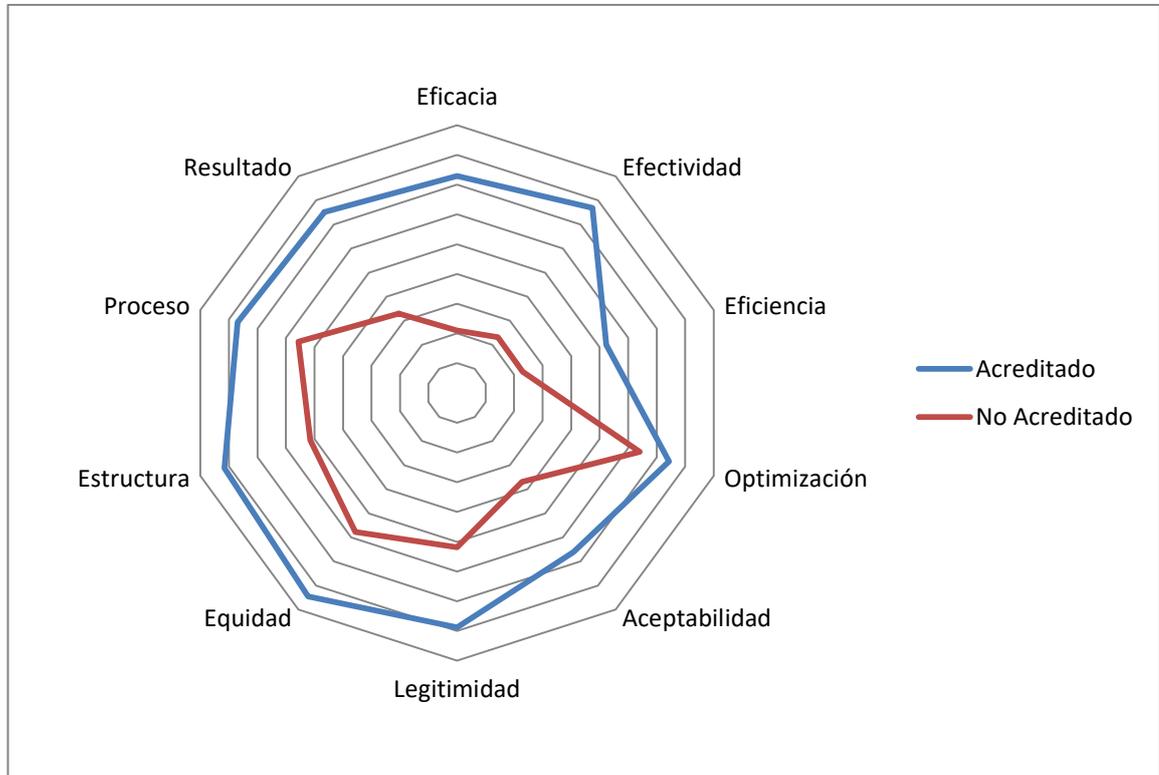
Mediante el estudio de la bibliografía pertinente, la evaluación de los efectos de los procesos de acreditación sigue un reto, pero es de gran interés tanto para los círculos académicos como para los organismos pagadores y las propias organizaciones de atención de la salud.

En esta investigación, las dimensiones de calidad definidas por Avedis Donabedian (1990) se convirtieron en variables de estudio, por lo que han sido la base para la elaboración

del cuestionario-encuesta que hemos enviado a las instituciones hospitalarias. Las respuestas más comunes se seleccionaron de manera que se pudiera comprender el contexto en el que las organizaciones están experimentando la aplicabilidad o no de las dimensiones de la calidad. Otro aspecto comparativo importante a destacar es la aplicación de aspectos relacionados con: estructura, procesos y resultados.

Dentro de la dimensión de la eficacia, los aspectos fundamentales de la investigación fueron: la gestión del protocolo, la auditoría clínica y la auditoría interna. En la dimensión de la eficiencia, los aspectos trabajados fueron: costos, retrabajo, innovación, tecnologías y atención centrada en el paciente. En la dimensión de la optimización, los aspectos que se buscaban eran: la gestión del tiempo de espera, el tiempo de entrega de los resultados de las pruebas de imagen y de laboratorio, y la duración media de la estadía. En la dimensión de la aceptabilidad, buscamos aspectos relacionados con: el paciente en el centro de atención, la experiencia del paciente, las necesidades de atención y las alternativas de tratamiento. En la dimensión de la legitimidad, los temas de las preguntas fueron: referencia en la especialidad, acciones sociales, participación de la sociedad y promoción de la salud. En la dimensión de la equidad, las preguntas apuntaban a comprender: la gestión de la satisfacción, la inserción del paciente, la identidad de género, la cultura y las creencias religiosas. En cuanto al aspecto de la estructura, las preguntas se centraron en: política de seguridad, identificación de riesgos, barreras de seguridad, protocolos de seguridad, mejora de los riesgos, indicadores de seguridad, acciones de mejora y equipos de trabajo. En la dimensión procesos, los temas que resaltamos fueron: gestión de procesos, interacción de procesos y efectos de los procesos. Por último, la dimensión resultados nos permitió abordar: análisis de resultados, epidemiología y estrategia, interés del equipo, gestión estratégica, acciones y resultados, comisión de pacientes, calidad y resultados.

En la figura a continuación, podemos percibir, visualmente, el resultado global de todas las dimensiones y la diferencia entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados.



**Gráfico 13.** Comparación global de todas las dimensiones. Elaboración propia con base en la información de las encuestas. Podemos ver que los porcentajes más altos se corresponden con los datos de los hospitales acreditados ONA.

**Tabla 16**

*Cuadro comparativo de todas las variables analizadas*

<b>Resultado Global</b>	<b>Acreditado</b>	<b>No Acreditado</b>	<b>Resultado Global</b>
Eficacia	72,9%	21,0%	51,9%
Efectividad	76,9%	23,1%	53,8%
Eficiencia	52,3%	23,0%	29,3%
Optimización	74,3%	64,1%	10,2%
Aceptabilidad	66,1%	36,9%	29,2%

Legitimidad	78,8%	51,9%	26,9%
Equidad	84,5%	57,7%	26,8%
Estructura	81,6%	51,5%	30,1%
Proceso	77,0%	55,6%	21,4%
Resultado	75,2%	33,0%	42,2%
Media	74,1%	44,1%	30,0%

Nota. Elaboración propia con base en la información de las encuestas.

Respecto de la tabla anterior, la diferencia entre los hospitales que atienden la dimensión eficacia de 51,9%, la dimensión efectividad de 53,8%; la dimensión eficiencia es de 29,3%; la dimensión optimización es de 10,2%; la dimensión aceptabilidad es de 29,2%; la dimensión legitimidad es de 26,9%; la dimensión equidad es de 26,8%; la dimensión estructura es de 30,1%; la dimensión proceso es de 21,4%; la dimensión resultado es de 42,2%, con una media general de 30% de diferencia en evidenciar las dimensiones entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y no acreditados.

Teniendo en cuenta todas las dimensiones de la calidad según Donabedian, los hospitales oncológicos acreditados ONA pudieron responder con mayor eficacia porcentual y destacar los puntos del cuestionario que los hospitales no acreditados. Así, podemos decir que el proceso de acreditación tiene impactos positivos en las organizaciones.

Por otro lado, es importante que además de un análisis de datos sea fundamental un análisis cualitativo de los resultados. Dentro de la dimensión de eficacia, los hospitales acreditados obtuvieron un resultado más alto debido a unas herramientas de gestión más robustas, donde uno de los aspectos más destacados observados en las entrevistas fue el uso de indicadores para generar una inteligencia de datos suficientes para la toma de decisiones. Es importante considerar que dentro del proceso de acreditación de la ONA, es una práctica común

que la gestión se base en la evidencia, de manera que sea posible realizar análisis críticos consistentes y buscar mejores resultados. En el caso de los hospitales no acreditados, se destacó el reto que supone demostrar mejor la eficacia de los procesos debido a la ausencia de flujos y procesos. Para los hospitales que están aplicando la herramienta, aún es prematuro para presentar indicadores de eficacia.

Dentro de la dimensión de eficacia del resultado, vimos que ésta era la que más distanciaba a los hospitales acreditados de los no acreditados, debido principalmente al hecho de que la gestión de protocolos y la práctica de la auditoría clínica no son un requisito para los hospitales no acreditados. Para los hospitales acreditados por la ONA, la posibilidad de buscar la mejora de los procesos a través de estas metodologías se hizo más evidente. Dentro del proceso de acreditación de la ONA, estos aspectos están relacionados principalmente con la seguridad del paciente. Lo que preocupa en la realidad de los hospitales no acreditados es que la falta de estas metodologías imposibilita o dificulta evidenciar debilidades críticas de la seguridad del paciente.

La optimización de la dimensión acercó un poco más la realidad entre los hospitales acreditados y los no acreditados. Sin embargo, el resultado volvió a ser aún mayor entre los hospitales acreditados, considerando que uno de los aspectos más críticos del tema, que es la gestión del tiempo, es un punto de interés común entre los hospitales acreditados y los no acreditados. Este aspecto también está estrechamente vinculado a las exigencias gubernamentales, tanto del Sistema Único de Salud, que en algunos casos transfiere parte de su presupuesto a los hospitales públicos en función de indicadores de desempeño, como de los organismos reguladores de la atención complementaria de la salud, como es el caso de la Agencia Nacional de Salud Complementaria, organismo que define las directrices para el funcionamiento de las operadoras de planes de salud, y que determina resoluciones normativas específicas relacionadas con la calidad de la atención a los beneficiarios de los planes de salud.

La dimensión de la aceptabilidad también es más efectiva entre los hospitales acreditados porque presentan como requisitos mínimos en el proceso de acreditación la evaluación de la experiencia del paciente. Por ello, los hospitales acreditados buscan con más frecuencia la forma de demostrar que todos sus servicios satisfacen las necesidades de los pacientes.

La legitimidad busca que los servicios sanitarios sean una referencia, y los hospitales acreditados, debido a las exigencias de seguridad de la acreditación de la ONA, han evidenciado mejor este punto. Debido a la exigencia de protocolos y líneas de atención, los hospitales acreditados se convierten comúnmente en una referencia en la atención específica, tales como: infarto agudo de miocardio, trauma, trasplantes y otras especialidades que se estructuran mejor con los procesos de acreditación. Entre los hospitales no acreditados y principalmente públicos, la legitimidad se da sobre todo entre los hospitales universitarios y filantrópicos con la estructura de hospital escuela, de ahí la alta puntuación en la encuesta. Entre los hospitales acreditados y los no acreditados, también se evidenció la búsqueda de acciones en la sociedad. Por último, incluso con todos los aspectos planteados en relación con los hospitales no acreditados, entre los hospitales acreditados, el resultado de esta dimensión también fue superior.

En la dimensión de la equidad, los aspectos planteados en la encuesta también mostraron un mejor rendimiento entre los hospitales acreditados. Dentro del modelo de la ONA, estas cuestiones son requisitos importantes en el proceso de acreditación. Los hospitales no acreditados, además de los problemas estructurales, según la encuesta, siguen sin trabajar la equidad de forma tan ostensible.

En la dimensión de estructura, los hospitales acreditados también mostraron un mejor rendimiento, informando la existencia de protocolos y barreras de seguridad. Entre los hospitales no acreditados, vimos que las cuestiones estructurales para ello siguen siendo un

reto. Dado que las cuestiones estructurales son aspectos clave para la acreditación de la ONA, están justificados los comentarios de algunos servicios que afirman en la encuesta que aún están lejos de alcanzar tales cuestiones.

En la dimensión procesos, la distancia entre los hospitales acreditados y los no acreditados es un poco menor, dada la necesidad de que todos los servicios de salud busquen de alguna manera la organización y estandarización constante de sus procesos internos para que puedan lograr resultados que también tengan un impacto financiero. Aun así, se observa un mejor rendimiento entre los hospitales acreditados.

En la dimensión de los resultados, el rendimiento de los hospitales acreditados es aún mayor. Los indicadores específicos que miden el resultado de los servicios son un requisito entre los hospitales acreditados en el nivel de excelencia de la ONA. Entre los hospitales acreditados, la incidencia de las pruebas de resultados es menor, teniendo en cuenta que todavía no es una práctica, como vimos en la encuesta, cobrar por los indicadores u otras pruebas.

También es importante tener en cuenta que la media de cumplimiento de los requisitos de las dimensiones de la encuesta es del 74,1% en los hospitales acreditados y del 44,1% en los no acreditados. Otro punto importante es que entre los hospitales acreditados, el 100% logró más del 50% de cumplimiento de los requisitos y entre los no acreditados, sólo el 50%. También entre los no acreditados, en ninguna dimensión alcanzaron la media general de los acreditados, que es del 74,1%. Teniendo en cuenta que la media general para la acreditación de nivel 1 de la ONA (seguridad) es de un 70% de cumplimiento, podemos concluir que los hospitales no acreditados que respondieron no son todavía aptos para buscar un proceso de acreditación, especialmente teniendo en cuenta las dimensiones: efectividad (21%), eficacia (23%), eficiencia (23%), aceptabilidad (36%) y resultado (44%). Como se ha visto en el marco conceptual, existe una relación directa entre las dimensiones de la calidad y los requisitos de acreditación del Manual de Acreditación de la ONA de Brasil, por lo que la baja adhesión a las

dimensiones hace inviable la posibilidad de un proceso de acreditación. Pudimos ver en el cuadro de comentarios del cuestionario que los hospitales no acreditados todavía se enfrentan a grandes retos para implantar una cultura de calidad. También vimos en la encuesta que, no obstante sus elementos ser muy comunes en los procesos de acreditación, los hospitales oncológicos acreditados ONA tampoco podían demostrarlo porque los procesos de acreditación se desarrollan lo largo del tiempo, y en el caso de los hospitales con un tiempo de acreditación más corto, la presentación de pruebas más consistentes es aún menor.

## 6. Conclusiones

La preocupación inicial que dio inicio a esta investigación que se presenta como tesis fue entender cuáles eran las diferencias respecto de la calidad de atención entre los hospitales acreditados y los no acreditados a sabiendas de las particularidades epidemiológicas de Paraná. Más específicamente, indagar, a partir de las dimensiones de calidad de Avedis Donabedian, las diferencias entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados en Paraná, Brasil, en el período 2019.

A partir del propósito inicial, surgieron propósitos específicos. Por un lado, explicar las dimensiones de calidad según el Dr. Avedis Donabedian en relación con el proceso de acreditación en los hospitales oncológicos de Paraná, Brasil en 2019; por otro lado, identificar los pasos del proceso de acreditación de los hospitales oncológicos públicos y privados de Paraná, Brasil en 2019; por último, indagar las opiniones de los profesionales en relación con la importancia del proceso de acreditación de las instituciones.

Con base en los objetivos específicos, podemos decir, respectivamente: teniendo en cuenta todas las dimensiones de la calidad según Donabedian, los hospitales oncológicos acreditados ONA pudieron responder con mayor eficacia porcentual y destacar los puntos del cuestionario que los hospitales no acreditados. Así, podemos decir que el proceso de acreditación tiene impactos positivos en los hospitales oncológicos acreditados ONA.

Asimismo, este trabajo no pretende ser definitivo, dada la complejidad del tema abordado y las posibilidades de investigación. Consideramos que la metodología implementada y las encuestas electrónicas fueron satisfactorias para lograr el objetivo propuesto. Aún así, quedan otras aristas a ser indagadas y estudiadas respecto de la calidad de la salud, sus perspectivas, dimensiones y resultados. En el área de la salud, más específicamente, con atención a los modelos de calidad, aún hay dudas sobre la importancia de esta última, pero solo

a través de un trabajo de investigación imparcial y abarcativo se pueden dar respuestas consistentes al respecto.

En el camino a poder comprender de forma más acabada la relevancia de tener en cuenta las diferentes dimensiones de calidad, entendemos que este trabajo puede contribuir a dar una respuesta positiva respecto de los efectos de considerar seriamente el nivel de calidad de los servicios y a la forma en que un cambio de cultura organizacional puede contribuir a que las instituciones puedan mejorar su desempeño de manera sostenible sin perder de vista el enfoque del paciente y en el paciente.

### **6.1. Implicaciones para la práctica**

En cuanto a la contribución de esta labor para con las organizaciones de salud, es importante considerar que hay una diferencia notoria entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y los no acreditados en lo que respecta al cambio de cultura organizacional de las instituciones de salud. En las respuestas de los cuestionarios, se observa que, entre los hospitales no acreditados, pero que ya estaban en proceso de acreditación, había una proximidad en la atención a las dimensiones de la calidad, y una respuesta más satisfactoria para la comprensión de la búsqueda de resultados.

Los aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la atención centrada en el paciente siguen siendo un reto tanto para las organizaciones acreditadas como para las no acreditadas, y en el caso de las organizaciones no acreditadas el impacto es aún mayor. También es menester resaltar que el uso de la tecnología es un gran aliado en la gestión de los procesos y de los resultados; por ejemplo, se citó a Lean Management (una metodología que busca crear un modelo de gestión eficiente y una mejora continua, para la que se actualizan procesos empresariales y se eliminan aquellos elementos o procesos ociosos) como

metodología específica que significó un recurso importante en la búsqueda de mejores resultados.

## **6.2. Limitaciones y prospectivas**

Más allá de las contribuciones más destacadas que hemos mencionado en los dos párrafos anteriores, la realización de este estudio ha tenido limitaciones en relación con la recopilación de información en la investigación: dado que la encuesta se realizó entre hospitales acreditados ONA y no acreditados, puede parecer sesgado que haya una diferencia entre los resultados, pero se puede percibir mejor el nivel de alcance de las estrategias y observar cómo estos servicios de salud, con diferentes niveles de madurez, manejan sus desafíos. Por lo tanto, la encuesta se limitó a la búsqueda de datos más que a una comparación propiamente dicha.

Otra limitación es que, con motivo de la proximidad laboral y profesional del autor de esta tesis, la encuesta se centró únicamente en los hospitales oncológicos con proceso de acreditación de la ONA. Por lo anterior, se considera que para futuras investigaciones puedan realizarse encuestas con hospitales a nivel nacional que tengan un modelo de acreditación internacional y también que se pueda indagar sobre el impacto de los procesos de implementación de la metodología Lean Management.

Por último, también para futuras investigaciones se pueden explorar aspectos relacionados con la cultura organizacional respecto de la seguridad del paciente, la sostenibilidad y la gestión de los microsistemas clínicos con el fin de tener un mejor panorama sobre los aspectos de calidad y sus impactos.

## 7. Bibliografía

- Acreditación Canadá International (2014). *Manual de Padrões. Instituto Qualisa de Gestão*. São Paulo.
- Anahp. (2019). *Observatório 2019* (Edição 11). ANAHP.
- Anderson, S. W.; Daly, J. D.; Johnson, M. F. (1999). Why do firms seek ISO 9000 Certification: regulatory compliance or competitive advantage? *Production and Operations Management*, 8(1), pp. 28-43.
- Andrews, K.. (1971). *The Concept of Corporate Strategy*. Homewood: Irwin.
- Babakus, E.; Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital service: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26, pp. 676-86.
- Banco Mundial. (2017). *Um ajuste justo: Análise da Eficiência e equidade do gasto público no Brasil*. Grupo Banco Mundial.
- Beattie, K. R.; Sohal, A. S. (1999). Implementing ISO 9000: A study of its benefits among Australian organizations. *Total Quality Management*, 10(1), pp. 95-106.
- Bittar OJNP.(2000). Gestión de procesos y certificación de calidad. *Revista de Asistencia Médica Brasileña*, 46(1).
- Bowers, M. R.; Swan, J.E.; Koehler, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Management Review*, 19(4), pp. 49-55.
- Carman, J. M.; Shortell, R. W.; Foster, R.W.; Hughes, E.; Boerster, H.; O'Brien, J.; Connor, E. (1996). Keys for Successful Implementation of Total Quality. *Health Care Management Review*, 35(4), pp. 283-293.
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Rundinguskín.

- CNES—Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. (2020). Recuperado de <http://cnes.saude.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp>
- Coddington, D.; Moore, K. (1987). Quality of care as a business strategy: how customers define quality and how to market it. *Health care Forum*, 30(2), pp. 29-32.
- Consortio brasileño. Cuidado de la Salud Sistemas de Acreditación. (2003).
- Couto, R. C.; Pedrosa, T. G. (2007). *Hospital: Acreditação e gestão em saúde* (2da ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cronin, J.J.; Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), pp. 55-68.
- Crosby, P. (1999). *Qualidade é investimento: a arte de garantir a qualidade* (7ma ed.). Rio De Janeiro: José Olympio.
- Cunha, J. A. C.; Corrêa, H. L. (2013). Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. *Revista de Administração de Empresas*, 53(5), pp. 485-499.
- Da Costa, C. M.; De Mattos, C. A.; Cuce, M. R. (2007). A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 15(3), pp. 508-511.
- Devers, K. J.; Pham, H. H.; Liu, G. (2004). What is driving hospitals' patient-safety efforts? *Health Affairs*, 23(2), pp. 103-115.
- D'Innocenzo, M.; Adami, N. P.; Cunha, I. C. K. O. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermería*, 59(1), pp. 84-88.
- D'Innocenzo, M.; Feldman, L. B.; Fazenda, N. R. R.; Helito, R. A. B; Ruthes, R. R. M. (2010). *Indicadores, auditorias, certificações - ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari.

- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology laboratory medicine*, 114(11), pp. 1115-1118.
- \_\_\_\_\_. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- European Organization for Quality. (2010). 54<sup>th</sup> Congress in 2010.
- Feigenbaum, A. V. (1994). *Controle de qualidade total: aplicação nas empresas*. São Paulo: Makron Books.
- \_\_\_\_\_. (2007, febrero). Global quality: the international growth of quality. *Quality Progress*, 40(2), pp. 36.
- Feldman, L. B.; Gatto, M. A. F.; Cunha, I. C. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta paulista de enfermária*, 18(2).
- Franceschini, F.; Galetto, M.; Gianni, G. (2004). A new forecasting model for the diffusion of ISO 9000. *International journal of quality & reliability management*, 21(1), pp. 32-50.
- Funk, V. (2006). Annual quality awards. *Quality Progress*, p.41.
- Garvin, D. (1987). Competing on the eight dimensions of quality. *Harvard Business Review*, 65(6), pp. 101-109.
- \_\_\_\_\_. (1992). *Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva*. Rio De Janeiro: Qualitymark.
- Gianesi, I.; Corrêa, H. (2018). *Administração estratégica de serviços*. São Paulo: Atlas.
- Greenfield, D.; Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: a systematic review. *International journal for quality in health Care*, 20, pp. 172- 183.
- <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>.

- Greenfield, D.; Pawsey, M.; Braithwaite, J. (2012). The role and impact of accreditation on the healthcare revolution. *Acreditação*, 1(2), pp. 1-14.
- Gurgel Júnior, G.D.; Vieira, M.M.F. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(2), pp. 325-334.
- Hayes, J.; Shaw, C. (1996). Implementing accreditation systems. *International journal for quality in Health Care*, 7(2), pp. 165-171.
- Houaiss, A.; Villar, M.S. (2009). *Dicionário houaiss da língua portuguesa*. Rio De Janeiro: Objetiva.
- Huq, Z.; Martin, T. (2000). Workforce cultural factors in TQM/CQI implementation in hospitals. *Health Care management review*, 25(3), pp. 80-93.
- IBGE. (2010). *Estatísticas da Saúde - Assistência Médico – Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE.  
Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv46754.pdf>
- \_\_\_\_\_. (2019). *Conta-Satélite de Saúde 2010-2017*. Brasília: IBGE. Recuperado de <vhttp://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/6c3e434126a948bd2b5aec4eede17f92ed6ac3c8>.  
PDF
- Ishikawa, K. (1986). *TQC: Total quality control: estratégia e administração da qualidade*. São Paulo: IM&C International.
- Ismail, M. Y.; Hashimi, M. S. J. (1999). The state of quality management in the irish manufacturing industry. *Total quality management*, 10(6), pp. 853-862.
- ISO. Recuperado de <http://www.iso.org>
- JCI. (2007). Recuperado de <http://www.jointcommissioninternational.com>
- \_\_\_\_\_. (2014). *Accreditation manual for hospitals* (Vol. 2). Oakbrook Terrace: IL.

- Jun, M.; Peterson, R.; Zsidisin, G. (1998). The identification and measurement of quality dimensions in Health Care: focus group interview results. *Health Care management review*, 23(4), pp. 81-96.
- Juran, J. M. (1962). *Quality control handbook* (2da ed.). New York: Mcgraw-Hill.
- Klück, M. (2002, septiembre). El papel del programa brasileño de acreditación hospitalaria en la gestión de la calidad de la atención. En *Análisis del Congreso de la Asociación Latina de Análisis de Sistemas de Salud*; Toledo, España.
- Kluck, M.; Guimarães, J. R.; Ferreira, J.; Prompt, C.A. (2002). A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *RAS*, 4, pp. 27-32.
- Lee, K. S.; Palmer, E. (1999). An empirical examination of ISO 9000-registered companies in New Zeland. *Total quality management*, 10(6), pp. 887-899.
- Lemus, J. D.; Oroz, V.; Lucioni, M. C.; et. al. (2009). *Administración hospitalaria y de organizaciones de Atención de la Salud*. Rosário: Corpus.
- Lemus, J.D.; Lucioni, M.C.; Aragües y Oroz, V. et. al. (2017). *Auditoría Médica y Profesional Integral – La Calidad de la atención en los servicios de salud*. Rosário: Corpus.
- Lemus, J.D.; Lucioni, M.C.; Aragües y Oroz, V. et. al. (2007). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud – Bases Epistemológicas, metodología, abordaje operativo y formación de recursos humanos*. Rosário: Corpus.
- Malik, A. M.; Schiesari, L. (2002). *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Petrópolis.
- Malik, A. M.; Teles, J. P. (2001). Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. *Revista de Administração Hospitalar*, 41(3), pp. 51-59.
- Management in Health-Cares organizations. (1998). *Total Quality Management*, pp. 57-66.

- Manzo, B. F. (2009). *El proceso de acreditación hospitalaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios* (Tesis de Maestría). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- Matoo, A.; Rathindran, R. (2006). How health insurance inhibits trade in Health Care. *Health Affairs*, 25(2), pp.358-68.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos* (1era ed.). São Paulo: Loyola.
- Miller, M. R., Pronovost, P., Donithan, M., Zeger, S., Zhan, C., Morlock, L., Meyer, G. S. (2005). Relationship between performance measurement and accreditation: implications for quality of care and patient safety. *American journal of medical quality*, 20(5), pp. 239- 252. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16221832/> PMID:16221832.
- Nelson, P. (1974). Advertising as Information. *Journal of Political Economy*, 81, pp.729-754.
- Nevers, R. (1993). Defining quality is difficult, but necessary. *Health care Financial Management*, 47(2), p.18.
- Normann, R. (1993). *Administração de serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços*. São Paulo: Atlas.
- Novaes, H. M.; Paganini, J. M. (1992). *Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e Caribe* (Nº.13). São Paulo: Fbh. OPAS-OMS - Serie Silos
- ONA. (2018). *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde*. São Paulo: ONA.
- \_\_\_\_\_. (2019). Recuperado de <http://www.ona.org.br>
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V.; Berry, L. A. (1985). Conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, pp. 41-50.

- Parasuraman, A.; Zeithaml, V.; Berry, L. (1988). Servqual: a multiple\_item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), pp. 12-41.
- Porter, M.; Teisberg, E. (2007). *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman.
- Porter, M. (1993). *A vantagem competitiva das nações*. Rio De Janeiro: Campus.
- Proyecciones. (2006). *Revista Proyecciones*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Quazi, H.; Jacobs, R. (2004). Impact of ISO 9000 certification on training and development activities. *International journal of quality & reliability management*, 21(5), pp. 497-517.
- Quinto Neto, A.; Gastal, F. (2004). *Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde*. Porto Alegre: Administração hospitalar e ciências da saúde.
- Raho, L.; Mears, P. (1997). Quality system chaining: the next link in ten evolution of quality. *Business Horizons*, pp. 65-72.
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en Psicología*, 23(1), pp. 22-30.
- Reeves, C.; Bednar, D. (1994). Defining quality: alternatives and implications. *The Academy of Management Review*, 19(3), pp. 419-445.
- Rooney, A. L.; Ostenberg, P. R. (1999). *Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde*. Projeto de garantia da qualidade, Centro dos serviços Humanos (CHS). USA: USAID.
- Sampieri, R.H.; Collado, C.F.; Lúcio, P.B. (2006). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). São Paulo: McGraw-Hill.

- Saut, A. (2016). *Avaliação do impacto dos programas de acreditação nas instituições de saúde brasileiras: contribuição de um estudo bibliométrico e de uma pesquisa de avaliação (Tesis de Maestría)*. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Schiesari, L. M. C. (2003). *Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros* (Tesis de Doctorado). Faculdade De Medicina Da Universidade De São Paulo, São Paulo.
- \_\_\_\_\_. (1999). *Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas* (Tesis de Maestría). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Schryve, P. (2000). The evolution of external quality evaluation: observations from the joint commission on accreditation of healthcare organizations. *International journal for quality in Health Care*, 12(3), pp. 255-8.
- Seguin, C.; Hodges, B.; Brechat, P.H. (2005). Globalization in health care: Is international standardization of quality a step toward outsourcing? *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 17, pp.277-9. 10.1093/intqhc/mzi059.
- Sekimoto, M.; Imanaka, Y.; Kobayashi, H.; Okubo, T.; Kizu, J.; Kobuse, H.; Mihara, H.; Tsuji, N.; Yamaguchi, A.(2008). Japan council for quality health care, expert group on healthcare associated infection control and prevention. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospital in Japan. *American Journal of Infection Control*, 36(3), pp. 212-219.
- Shaw, C. D. (2004). Some issues in the design and redesign of external Health Care assessment and improvement systems. En *Tool kit for accreditation programs*. Melbourne/Aus: Isqua.
- Shaw, C., Groene, O., Moura, N.; Sunol, R. (2010). Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *International journal for*

- quality in Health Care*, 22(6), pp. 445-451. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzq054>.
- Shortell, S. M.; O'Brien, J. L.; Carman, J. M.; Foster, R. W.; Hughes, E. F.; Boerstler, H.; O'Connor, E. J. (1995). Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. *Health services research*, 30(2), pp. 377-401.
- Sower, V.; Dufy, J., Kilbourne, W.; Kohers, G.; Jones, P. (2001). The dimensions of service quality for hospitals: development and use of the kqcahscale. *Health Care management review*, 26(2), pp. 47-59.
- Tari, J.J. (2005). Components of successful total quality management. *The TQM Magazine*, 17(2), pp.182-94.
- Tesoro Nacional Brasileiro. (2018). Resultado del Tesouro Nacional. Brasília: Tesouro Nacional: 24(7).
- Vecina Neto, G.; Malik, A. M. (2007). Tendências na Assistência Hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4), pp. 825-839. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232007000400002>.
- Withers, B.; Ebrahimpour, M. (2000). Does ISO 9000 certification affect the dimensions of quality used for competitive advantage? *European Management Journal*, 18(4), pp. 431-443.
- Zaccarelli, S. B. (1995). A nova ideologia da competição. *Revista de Administração*, 35(1), pp. 14-21.
- Zanon, U. (2001). *Qualidade da assistência médico-hospitalar*. Rio de Janeiro: MDSI.
- Zhu, S.; Scheurmann, L. A. (1999). Comparison of quality programmes. Total quality management and ISO 9000. *Total Quality Management*, 10(2), pp. 291-7.

## 8. Anexos

### **Cuestionario para evaluar el resultado del sistema de gestión de la calidad entre los hospitales oncológicos acreditados ONA y no acreditados**

*Esta investigación tiene por objeto determinar las características de los servicios de salud en relación con las dimensiones de la calidad, definidas por Avedis Donabedian, teniendo en cuenta las pruebas de la aplicación de esas dimensiones.*

*Para cada pregunta, considere como respuesta positiva, cuando dentro del requisito, usted tiene condiciones para evidenciar objetivamente la adecuación del requisito. Si tiene dudas sobre si un requisito funciona en su organización y no puede probar y confirmar el cumplimiento del mismo, no considere la respuesta como positiva, teniendo en cuenta que un aspecto probado debe ser de conocimiento general.*

*Las dimensiones consideradas en el cuestionario son:*

- **Eficacia** - La capacidad de la ciencia y el arte de la atención médica para traer mejoras en la salud y el bienestar;
- **Efectividad** - Mejora de la salud lograda o esperada en circunstancias comunes de la práctica diaria;
- **Eficiencia** - Una medida del costo con el cual se logra una mejoría en la salud;
- **Optimización** - El equilibrio más ventajoso entre coste y beneficio;
- **Aceptabilidad** - Conformidad con las preferencias del paciente, teniendo en cuenta la accesibilidad, la relación paciente-profesional, ocio, efectos del cuidado y el costo de la atención;
- **Legitimidad** - Conformidad con las preferencias sociales, teniendo en cuenta los aspectos del punto anterior;

- **Equidad** - Equidad en la distribución de la atención y en los beneficios entre los miembros de la población.
- **Estructura** - Condiciones operativas y de infraestructura que puedan garantizar la seguridad de los pacientes y empleados.
- **Procesos** - Procesos de trabajo integrados, con la evaluación de los resultados centrada en las medidas de mejora.
- **Resultados** - Uso del conocimiento y el aprendizaje para la toma de decisiones, buscando los mejores resultados, la sostenibilidad y promoviendo ciclos de mejora

### **Datos generales de la organización sanitaria**

El tamaño de la organización:

- Tamaño pequeño (hasta 50 camas)
- Tamaño promedio (51 a 150 camas)
- Tamaño grande (151 a 500 camas)

### **Condición de Acreditado:**

- Acreditado
- No acreditado

### **Para los Hospitales Acreditados ONA:**

#### **Tiempo de acreditación:**

- 1 año o menos
- Entre 1 y 2 años de acreditación

Entre 2 y 3 años de acreditación

Entre 3 y 4 años de acreditación

Más de 4 años de acreditación

### **1.1 Evidencias de Eficacia**

1.2 ¿Existen protocolos con objetivos definidos?

Sí, implementado  En implementación  No implementado. Comentarios:

\_\_\_\_\_

1.2 ¿Existe rutina de revisión de los procesos con base en auditoría interna de calidad?

Sí  No Comentarios: \_\_\_\_\_

1.3 ¿Está en marcha el proceso de auditoría de práctica clínica?

Sí  No Comentarios: \_\_\_\_\_

### **2. Evidencias de Eficiencia**

2.1 Indicadores centrados en la reducción de costes sin impacto en la atención al paciente.

Sí  No  En construcción. Comentarios:

\_\_\_\_\_

2.3 ¿Existe una cultura laboral centrada en la innovación?

Sí  No Comentarios: \_\_\_\_\_

2.4 ¿Existen estrategias de inversión en nuevas tecnologías?

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

2.5 ¿Existen programas específicos centrados en la atención centrada en el paciente?

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

### **3. Evidencias de Optimización**

3.1 ¿Hay un seguimiento del tiempo de espera del paciente?

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

3.2 ¿Existe una gestión del tiempo para los resultados de los exámenes de laboratorio e imagen, de acuerdo con la criticidad del paciente?

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

3.3 ¿Hay un monitoreo de la duración de la estadía del paciente?

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

### **4. Evidencias de Aceptabilidad**

4.1 Existe evidencia de que el paciente está en el centro de atención, de acuerdo con estrategias definidas y documentadas

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

4.2 ¿Existe evidencia de que la experiencia del paciente se evalúa periódicamente?

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

4.3 El paciente y la familia participan en el proceso de toma de decisiones del tratamiento.

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

4.4 ¿Existe evidencia de que se satisfacen las necesidades del paciente para que pueda adherirse más fácilmente al tratamiento?

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

4.5 Existe evidencia de que, siempre que sea posible, se presentan alternativas de tratamiento a los pacientes.

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

## **5. Evidencias de legitimidad**

5.1 ¿Se percibe la organización como referencia en alguna especialidad?

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

5.2 La organización desarrolla acciones con impacto en la sociedad.

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

5.3 ¿La sociedad participa activamente en las acciones promovidas por la organización?

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

5.4 La organización no es percibida no solo es un proveedor de servicios de salud, sino también un agente que estimula años estratégicos para la promoción de la sociedad nacional.

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

## **6. Evidencias de Equidad**

6.1 ¿Hay evidencia de que se satisfacen las necesidades de los pacientes?

( ) Sí ( ) No Comentarios: \_\_\_\_\_

6.2 ¿Existe evidencia de que los pacientes con discapacidad se insertan fácilmente en el contexto de la atención ofrecida?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

6.3 ¿Existe evidencia de que los pacientes son tratados de acuerdo con su identidad de género?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

6.4 ¿Existe evidencia de que se atienden los aspectos culturales y religiosos de los pacientes?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

## **7. Evidencias de Estructura**

7.1 ¿Evidencia de la política de seguridad del paciente?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

7.2 ¿Existe una identificación de los principales riesgos inherentes al paciente y la enfermedad?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

7.3 ¿Existe evidencia de barreras de seguridad debido a los riesgos identificados?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

7.4 Existen protocolos y rutinas de seguridad centrados en los procesos de atención y gestión.

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

7.5 ¿Existe evidencia de mejora periódica en los riesgos gestionados?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

7.6 ¿Hay indicadores centrados en la seguridad del paciente y del proceso?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

7.7 ¿Hay evidencia de una acción continua para mejorar la seguridad del paciente?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

7.8 ¿Hay evidencia de que todos los empleados están involucrados en prácticas de seguridad?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

7.9 ¿Hay estrategias de seguridad definidas para pacientes y empleados?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

## **8. Evidencias de procesos**

8.1 ¿Hay evidencia de que los procesos se gestionan?

( ) Sí ( ) No. Comentarios: \_\_\_\_\_

8.2 ¿Hay evidencia de que los procesos interactúan y se comunican entre sí?

( )Sí ( )No. Comentarios: \_\_\_\_\_

8.3 ¿Hay evidencia de que las mejoras en el proceso tienen un impacto en los resultados de la organización?

( )Sí ( )No. Comentarios: \_\_\_\_\_

## **9. Evidencia de resultados**

9.1 ¿La seguridad, las prácticas de cuidado y los resultados financieros son analizados críticamente por la alta gerencia?

( )Sí ( )No. Comentarios: \_\_\_\_\_

9.2 ¿Se considera que el perfil epidemiológico de mayor prevalencia, gravedad o riesgo es uno de los focos de la estrategia de la organización?

( )Sí ( )No. Comentarios: \_\_\_\_\_

9.3 ¿Todos los líderes entienden que los resultados logrados se pueden mejorar y se esfuerzan por mejorar con base en planes de acción bien definidos?

( )Sí ( )No. Comentarios: \_\_\_\_\_

9.5 ¿Existe evidencia de que las acciones desarrolladas por el equipo mejoran los indicadores de resultados de la atención?

( )Sí ( )No. Comentarios: \_\_\_\_\_

9.6 ¿El paciente evalúa su experiencia de atención y tiene un comité con pacientes que pueden agregar valor?

( )Sí ( )No. Comentarios: \_\_\_\_\_

9.7 ¿Las acciones y la calidad contribuyen visiblemente a los resultados financieros?

( )Sí ( )No. Comentarios: \_\_\_\_\_

## **ACUERDO DE SIGILO Y CONFIDENCIALIDAD**

Yo, **LUCIANO CICERO DA SILVA**, portador del documento de identidad (RG) número: 28.581.910-0, de nacionalidad brasilera, soy responsable del proyecto de investigación titulado **IMPACTO DE LOS MODELOS DE ACREDITACIÓN EN LOS HOSPITALES GENERALES DE LA PROVINCIA DE PARANÁ**, y declaro cumplir con todas las implicaciones que figuran a continuación:

### **Declaro:**

- a) Que el acceso a la información proporcionada de la investigación científica se hará sólo después de la aprobación de la organización que participa en la investigación;
- b) Que el acceso a los datos será supervisado por una persona plenamente informada de los requisitos de fiabilidad;
- c) Mi compromiso con la privacidad y confidencialidad de los datos utilizados, preservando plenamente el anonimato y la imagen del participante, así como su no estigmatización;
- d) No utilizar la información en perjuicio de las personas y/o comunidades, incluso en términos de autoestima, prestigio y/o económico-financieros;

e) que el investigador responsable ha establecido para salvaguardar y garantizar la confidencialidad de los datos de la investigación;

f) todos los datos obtenidos durante la investigación se utilizarán únicamente para los fines previstos en el protocolo;

g) que todos los datos obtenidos en la investigación sólo se utilizarán para el proyecto vinculado, que se mantendrá confidencial, de acuerdo con los términos de la resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

Nombre del investigador responsable: Luciano Cicero da Silva

Dirección: Rua Paes Leme 450, Jad América, Londrina - PR

Teléfono: (43) 988177797

Correo electrónico: [cicero.luciano@yahoo.com.br](mailto:cicero.luciano@yahoo.com.br)

Luciano Cicero da Silva Londrina, 5 de septiembre de 2019.

### **Término de consentimiento (para los comités de ética e investigación)**

Estimado participante,

Se le invita a participar en la investigación para una tesis de maestría, desarrollada por Luciano Cicero da Silva, estudiante de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales - UCES de Buenos Aires - Argentina, bajo la dirección de la profesora Dra. Silvia Vouillat.

### **Sobre el objetivo principal**

El objetivo principal del estudio es: Estudiar los resultados del proceso de acreditación de los servicios de salud en el estado brasileño de Paraná. En la investigación participan 26 hospitales, de los cuales 13 están acreditados y 13 no.

### **Por qué se invita al participante (criterio de inclusión)**

Su invitación a participar se debe a que usted es un gestor sanitario.

Su participación es voluntaria. No se le penalizará de ninguna manera si decide no dar su consentimiento o retirarse de la participación. Sin embargo, es muy importante para la ejecución de la investigación. La confidencialidad y la privacidad de la información que proporcione estarán garantizadas.

### **Mecanismos para garantizar la confidencialidad y la privacidad**

Cualquier dato que pueda identificarle se omitirá en la divulgación de los resultados de la investigación, y el material se guardará en un lugar seguro.

Procedimientos detallados que se utilizarán en la investigación: su participación consistirá en responder a las preguntas de un guión de cuestionario al investigador del proyecto. La cumplimentación del cuestionario se hará por vía electrónica mediante la recepción de un correo electrónico. El cuestionario durará aproximadamente treinta minutos.

### **Almacenamiento de los datos y del material recogido en la investigación**

Las entrevistas serán transcritas y almacenadas en archivos digitales, pero sólo el estudiante y su tutor tendrán acceso a ellas.

Explicar los beneficios directos (individuales o colectivos) o indirectos para los participantes en la investigación.

El beneficio relacionado con su colaboración en esta investigación es contribuir al avance de la cultura de la calidad en el país, para que más servicios de salud se interesen en los procesos de acreditación.

### **Anticipación de riesgos o molestias**

Dado que el cuestionario no es invasivo y no solicita información confidencial, no existe ningún riesgo ni molestia relacionados con la cumplimentación del cuestionario.

Sobre la difusión de los resultados de la investigación

Los resultados se divulgarán en conferencias dirigidas al público participante, informes individuales a los entrevistados, artículos científicos y en la tesis.

---

Luciano Cicero da Silva RG: 28.581.910-0 - Responsable de la investigación

Londrina, 05 de septiembre de 2019.

Declaro que entiendo los objetivos y las condiciones de mi participación en la investigación y acepto participar.

---

Participante