



FEDEA
Fundación de Estudios de Economía Aplicada

**La acreditación de hospitales:
Un paso hacia la liberalización
del mercado hospitalario español***
por
Lluís Bohigas**

DOCUMENTO DE TRABAJO 96-02

Enero, 1996

* El objetivo de esta investigación es analizar el papel de la acreditación de hospitales en la construcción de un mercado hospitalario público y proponer un programa marco para su implementación.

** Economista

N.I.F. G-78044393

Índice

1. La regulación de los hospitales
 - 1.1 La historia de la regulación de hospitales en España
 - 1.2 El marco teórico de la regulación de los hospitales
2. Calidad asistencial y economía de la salud
 - 2.1 La definición de calidad
 - 2.2 La calidad en la asistencia sanitaria
 - 2.3 El coste generalizado
 - 2.4 La economía de la información imperfecta
3. La calidad y el mercado
 - 3.1 Calidad y competitividad
 - 3.2 La certificación de empresas
 - 3.3 La certificación de hospitales
 - 3.4 Los mercados de servicios hospitalarios
4. Acreditación hospitalaria
 - 4.1 Definición
 - 4.2 Objetivos de la acreditación
 - 4.3 La acreditación y la regulación
 - 4.4 Historia de la acreditación
5. La experiencia española en acreditación
 - 5.1 El Programa MIR
 - 5.2 La acreditación de la Generalitat de Catalunya
6. Propuesta de un Programa Marco de acreditación
 - 6.1 El Organismo acreditador
 - 6.1.1 Características
 - 6.1.2 Funciones del Organismo Acreditador
 - 6.1.3 Alternativas de Organismo de Acreditación en España
 - 6.2 Las normas de Acreditación
 - 6.3 El proceso de Acreditación
 - 6.4 Los beneficios de la Acreditación

Bibliografía

1. La regulación de los hospitales

Este capítulo tiene por objetivo revisar el marco de la regulación de los hospitales. Este análisis se hará a partir de dos enfoques, por una parte el análisis de la historia de la regulación de los hospitales en España, y por otra a partir de la teoría de la regulación.

1.1 La historia de la regulación de hospitales en España

La regulación de los hospitales en España se ha realizado por cuatro vías distintas que se van a analizar a continuación: a) la Autorización Administrativa, la Organización de los hospitales públicos, c) la Compra de servicios concertados y d) las normativas del Ministerio de Industria.

Los antecedentes cercanos de la regulación de los hospitales en España se pueden centrar en la Ley de Hospitales de 1962 y en concreto en una actividad desarrollada a partir de esta Ley que se denominó la Coordinación Hospitalaria. La Coordinación hospitalaria tenía como objetivo evitar la duplicación en la construcción de hospitales y para ello puso en marcha un mecanismo de regulación, que con algunos cambios está todavía en vigor en la actualidad, se trata de la Autorización Administrativa. Un hospital debe solicitar permiso a la autoridad administrativa para realizar cambios importantes en su estructura. Los cambios que recoge la Ley son los siguientes: Apertura, Modificación, Traslado y Cierre. Antes de crear un hospital o cuando se trate de realizar un cambio importante en sus funciones, o bien en caso de traslado del hospital a otra ubicación y finalmente antes de su cierre, el propietario del hospital debe solicitar una autorización administrativa. Esta autorización la otorga la autoridad administrativa previa la inspección de la documentación y la visita sobre el terreno que se estipulen. La autorización permite la inclusión del hospital en el Catálogo Nacional de Hospitales y las modificaciones oportunas.

La competencia de la autorización administrativa se traspasó a las Comunidades autónomas en los años 80, aunque la competencia del Catálogo Nacional sigue en manos del Ministerio de Sanidad y Consumo, tal como estipula la Ley General de Sanidad.

La efectividad de esta competencia fue escasa durante los años 60 y 70. Precisamente en aquellos años fue cuando hubo una mayor actividad en la construcción de hospitales por parte del Instituto Nacional de Previsión, y era de amplio conocimiento el hecho que el INP nunca solicitaba al Ministerio de Gobernación, del que dependía la Dirección General de Sanidad a la que le estaba adjudicada la Coordinación Hospitalaria, las correspondientes autorizaciones.

Los criterios por los que se otorgaba una autorización administrativa han sido siempre circunstanciales al no existir durante muchos años ningún criterio explícito que permitiera a la autoridad administrativa el tomar una decisión. A finales de los años ochenta apareció el criterio de la necesidad, que se convirtió en normativa a través de los Mapas Sanitarios. El criterio de la necesidad establecía que existía un estándar de número de camas hospitalarias por población atendida. Cuando el número de camas existentes era superior al estándar, no se otorgarían más autorizaciones administrativas. Estos criterios se

han extendido posteriormente a algunos servicios dentro del hospital, como por ejemplo a los servicios de trasplante. En general estos criterios estaban basados en el objetivo de mejorar la eficiencia en base a no duplicar los servicios, pero han tenido como resultado la creación de monopolios administrativos basados en la autorización administrativa como una barrera de entrada a posibles competidores.

La gestión de los servicios públicos ha sido otra forma de regular los hospitales. Esta regulación ha tomado la forma de circulares y decretos organizativos, sin mucho nivel jurídico precisamente para facilitar la gestión interna en base a la flexibilidad. entre esta regulación destacan los aspectos laborales, que se han seguido basando por el modelo impuesto por el INP y en los decretos de organigramas de los hospitales.

La compra pública de servicios hospitalarios ha sido otra forma de regulación de los hospitales, en este caso los hospitales públicos o privados concertados. Esta compra se ha realizado siempre en forma de Concierdos, sin mediar ningún concurso público que estableciera las características del producto a comprar o del centro a concertar, los precios eran establecidos mediante discusión directa entre el INP y el centro concertado. No es hasta 1978 que aparece el primer decreto de establecimiento de precios, que se basa en clasificar a los hospitales en 21 niveles de acuerdo con el nivel de equipamiento, y para cada nivel se determina una tarifa. Este sistema es vigente para el INSALUD y la mayoría de Comunidades con transferencias excepto en Catalunya. Cada año el INSALUD y las Comunidades Autónomas actualizan las tarifas. el criterio más empleado es el de incrementar las tarifas según el crecimiento del IPC del año anterior.

Un aspecto clave de la regulación a través de la compra de servicios es determinar a que hospitales se les va a comprar servicios. Este tema regulatorio se establece en base a la negociación individual de cada concierto, y no es hasta 1985, que la Comunidad Autónoma de Catalunya establece una Orden en la que limita los centros a los que será posible concertar, y que denomina centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública.

Otro aspecto clave de la regulación a través de la compra de servicios esté en los parámetros de calidad que se utilizan para seleccionar al proveedor. También fue Catalunya pionera en este tema cuando puso en 1981, como requerimiento necesario para concertar hospitales el que estuvieran acreditados.

La utilización de la formula de concurso para contratar servicios sanitarios se ha utilizado a partir de los años noventa por parte del INSALUD para contratar la atención de determinadas patologías banales para las que existía lista de espera.

Otra forma de regular los hospitales han sido los requerimientos del Ministerio de Industria, tanto respecto a la seguridad como a la protección de incendios, que poco a poco se han ido incorporando a los hospitales.

En síntesis los hospitales han sido instituciones muy poco reguladas en España. La regulación por parte del Ministerio de Sanidad ha sido poco efectiva y muy discrecional y cuando ha dispuesto de criterios

de regulación, ha tendido a favorecer los monopolios existentes. La regulación de los centros propios se basa en ordenaciones profesionales y laborales que dependen de la época del INP y en decretos organizacionales. el criterio de base ha sido no regular para facilitar una gestión ágil y flexible. La regulación en base a la compra de servicios se ha basado durante mucho tiempo en la excepcionalidad y solo ha ofrecido algunos criterios de ordenación de los centros concertables y de la calidad de los mismos en la Comunidad catalana. Mayor éxito han tenido las regulaciones del Ministerio de Industria basadas en la seguridad y la lucha contra incendios.

1.2 El marco teórico de la regulación de los hospitales

La prestación de servicios hospitalarios está sujeta a una serie de fallos de mercado que han propiciado la provisión pública de los mismos. Se analizan a continuación los fallos de mercado de los hospitales en comparación con los fallos de mercado en las “public utilities” (gas, agua, electricidad, teléfonos, etc.), que ha sido otro sector que al igual que los hospitales ha sido sometido a provisión pública en varios países (tabla 1).

Tabla 1.
Fallos del mercado en los hospitales y en las “public utilities”

Mercado hospitales	Mercado “public utilities”
- Asimetría información • médicos/pacientes • aseguradora/asegurado • abuso moral - Información insuficiente sobre “outputs” - Rendimientos crecientes	- Monopolio natural de costes - Complementariedad económica - “Merit goods” - Costes diferentes según la situación espacial del usuario

Fuente: hospitales: López y Pellisé; “public utilities”: Helm and Yarrow

Las fuentes de fallos en el mercado de hospitales (López y Pellisé,93) se plantea fundamentalmente como un problema de información aunque hay también un aspecto de costes, mientras que los fallos en las “public utilities” es fundamentalmente un problema de costes. El problema de la información se da tanto por asimetría entre la información del paciente y la que dispone el médico o la compañía aseguradora. Otro fallo del mercado es común con los mercados aseguradores, el abuso moral se da cuando el coste del usuario es cero en el momento de utilizar un servicio. La insuficiencia de la información se refiere a la incertidumbre sobre los “outputs” tanto intermedios como finales. Los rendimientos crecientes pueden existir en cuanto al mínimo de camas de un hospital o bien a un mínimo de población a la que atender para dar determinados servicios especializados (UVI, trasplantes,etc.)

Este último argumento es el fundamental en la provisión de “utilities” (Helm and Yarrow,88). Los costes de duplicar una línea eléctrica o una red telefónica, etc. serían muy ineficientes, lo que da lugar a una estructura de costes que facilita los monopolios naturales. Al igual que sucede en los hospitales estas condiciones especiales de costes pueden ir vinculadas a una parte de la provisión del servicio y no a todo

el servicio. Así por ejemplo, mientras que los costes crecientes son frecuentes en las actividades más especializadas de los hospitales y especialmente cuando se necesita una gran cantidad de población para sustentar un número suficiente de servicios, en el caso de las “utilities”, los costes se centran en los aspectos de red de algunos servicios (redes de distribución, líneas, etc.) y en las costosas inversiones de infraestructura.

La complementariedad económica se da cuando hay otros sectores que se aprovechan de las infraestructuras sin llegar a pagarlas, por ejemplo los fabricantes de televisores. Por lo tanto la producción social de una “utility” podría ser deficiente porque “la inversión en infraestructura estaría por debajo de niveles socialmente eficientes y los precios serían demasiado elevados” (Helm and Yarrow, 88).

En la sanidad ha tenido mayor predicamento el tercer argumento de Helm and Yarrow, el considerar la sanidad un “merit good”. De hecho buena parte de la discusión actual en el tema de los catálogos de prestaciones está en considerar que parte de la asistencia sanitaria puede considerarse un “merit good”.

Finalmente el cuarto argumento se refiere a los costes que dependen de la situación geográfica del usuario, por ejemplo la línea de teléfono o de electricidad en un pueblo rural. el argumento en este caso se parece al de la equidad territorial que se utiliza en sanidad.

Frente a estos fallos del mercado, tanto las “utilities” como los hospitales han pasado en algunos países a ser fruto de provisión pública. La experiencia en la provisión pública de los servicios ha dado lugar a la constatación de una serie de “fallos del estado”, a continuación se exponen los citados más frecuentemente en el caso de la sanidad (tabla 2).

Tabla 2
Fallos del estado en la provisión sanitaria

Fallos del estado
• coste del personal • exceso de personal • eficiencia limitada • precios elevados de los consumos

El coste del personal sanitario público es superior al del personal sanitario en los hospitales privados. La fuerza sindical y la debilidad política del estado han llevado a unos costes salariales superiores en las instituciones públicas que en los centros privados.

Los centros públicos se caracterizan por un número mayor y no justificado de personas contratadas. Este número superior va ligado a un incumplimiento de los horarios, vacaciones más largas, absentismo superior, etc.

La comparación entre la eficiencia de los centros públicos y los privados en la provisión de los servicios sanitarios tiene el problema de la medición de los “outputs” médicos, pero si nos limitamos a los servicios más industriales con unos “outputs” fácilmente medibles, como la cocina, la limpieza, el laboratorio, etc. vemos que la política de muchos hospitales públicos consiste en contratar privadamente este servicio, para lograr unos costes inferiores.

Finalmente el sector público paga a muy largo plazo, lo que se traduce en unos precios de los consumos muy superiores a los de las instituciones privadas.

La existencia de fallos en ambas formas de organizar el sector hospitalario conduce a buscar políticas de equilibrio (balancing policies) entre el mercado y la gestión pública de los servicios (Helm and Yarrow,88). Hay varias fórmulas para dar solución al dilema de la mejora de la eficiencia de los hospitales, y de la misma forma que durante los últimos diez años el modelo que ha seguido la política sanitaria española ha sido el sistema británico, también se está observando la política de aquel país para encontrar fórmulas de equilibrio. La política británica respecto a la sanidad ha sido la creación de un mercado interno dentro del sector público mediante la separación de las funciones de compra y provisión, mientras que en el caso de las “utilities” ha sido la privatización acompañada de una fuerte regulación (Vickers,93).

El programa británico de privatización de empresas públicas aporta varias enseñanzas para un proceso de este tipo (Helm and Yarrow,88). La primera y más importante es que el simple cambio de manos entre un propietario público y otro privado no mejora por sí solo el funcionamiento de un sector económico. Simplemente se sustituye a un monopolista público por uno privado, pero su comportamiento no deja de ser el de monopolio. El programa de privatización, para ser efectivo, debe preocuparse además de establecer las condiciones para que exista, en el sector privatizado, una buena dosis de competencia. Y para facilitar esta competencia puede ser importante modificar la estructura del sector antes de proceder a su privatización.

Tres aspectos son importantes en la privatización de un sector (Vickers,93): la estructura del sector, las barreras de entrada y la fijación de los precios. Las tres cuestiones se dirigen a evitar que exista un monopolio privado en el sector privatizado.

Tres han sido las medidas de reforma estructural utilizadas en la privatización británica (Vickers,93): i) la división del monopolio privatizado en partes que compitan directamente, ii) la separación de sus actividades potencialmente competitivas para dejar solamente los elementos de monopolio natural, tales como la operación de la red y iii) la división del monopolio nacional en unidades regionales, quedando cada una de ellas como un monopolio natural en su región, pero con la posibilidad de tener algún tipo de competencia por comparación entre regiones (yardstick competition).

La fijación de precios en el sector privatizado por parte de una agencia pública reguladora ha girado alrededor de la formula IPC-X, es decir permitir incrementos de precios en un período plurianual mediante la formula del IPC menos un porcentaje de mejora de la productividad. Este sistema tiene varias

ventajas, las mejoras de productividad por encima del objetivo fijado permanecen automáticamente en las cuentas de resultados de las empresas privatizadas, pero tiene el inconveniente de no fijar la calidad del servicio, con lo cual un comportamiento maximizador de los beneficios puede llevar a disminuciones de la calidad del servicio.

El caso de British Telecom es instructivo, pues una vez privatizada dejó de publicar las estadísticas sobre calidad de servicios y quejas de los consumidores, según un estudio de Rovizzi y Thomson (1992) que evalúa la calidad en las empresas de servicios privatizadas y en las públicas. La Oficina pública reguladora hizo un estudio que le permitió determinar que la calidad del servicio había descendido. La solución aplicada fue exigir a BT la publicación de las estadísticas y la asunción de responsabilidad financiera por el mal servicio, estableciendo un plan de compensación del cliente que implicaba pagos establecidos por retrasos indebidos, etc. y disposiciones para que los consumidores pudieran reclamar daños y perjuicios. Las compensaciones por mala calidad se introdujeron en la legislación de la privatización de los sectores del gas y de la electricidad. El diseño de una regulación adecuada consiste en establecer unas compensaciones cuyo coste motive a la empresa regulada a mejorar la calidad.

2. Calidad asistencial y economía de la salud

Este capítulo tiene por objetivo revisar las aportaciones del análisis económico al concepto de calidad asistencial, con el propósito de situar un marco conceptual en el que se enmarcará la aportación de la acreditación.

2.1 La definición de calidad

La definición de calidad ha sido muy estudiada en la industria y en este contexto Garvin (1984) agrupa las definiciones de calidad en cinco categorías diferentes:

- a) La aproximación básica a la calidad es sinónimo de "excelencia innata" y es equivalente a conceptos como el de belleza. Es algo que todo el mundo entiende pero que es difícil de definir y de precisar.
- b) Otra categoría de definiciones están basadas en el producto. La calidad refleja la cantidad de atributos que un producto posee. Estos atributos pueden ser medidos y controlados de forma precisa. Una calidad más alta exige más recursos, dado que la calidad refleja la cantidad de atributos que un producto contiene.
- c) Otras definiciones de calidad se basan en el usuario para definir la calidad. La calidad consiste en satisfacer las necesidades y las preferencias del consumidor. Estas definiciones de calidad han surgido especialmente en el terreno de la calidad en los servicios.
- d) Una aproximación clásica a la calidad se basa en el proceso de producción. En este caso la calidad se define como la concordancia con los requisitos. La excelencia consiste en hacer

bien las cosas desde el primer momento y de acuerdo con las especificaciones iniciales. El objetivo básico de este enfoque es la reducción de costes.

- e) La última categoría de definiciones se refiere al concepto de valor. La calidad aporta valor al producto que se traduce en términos de precio y costes. Una mejor calidad se traduce en un aumento de costes y al mismo tiempo un mayor precio de mercado, el valor identifica la diferencia entre las dos magnitudes, el producto de mayor calidad sería aquel que maximizar el valor.

2.2 La calidad en la asistencia sanitaria

El concepto tradicional de calidad en la asistencia sanitaria ha sido la aportada por el clínico. Calidad ha sido equiparada con cantidad, es decir más asistencia era equivalente una mejor calidad. Esta concepción de calidad se extiende también a la cualificación del personal, un especialista es mejor que un no especialista, a los equipamientos médicos, más equipos representan un mejor calidad, y a la asistencia hospitalaria que es mejor que la no hospitalaria. Este concepto de calidad clínica está muy cercano de la primera definición de calidad, la calidad como un bien absoluto, que en este caso está definido por el profesional médico.

La escuela de evaluación de la práctica médica, matiza la definición clínica. Robert Brook (1985) define Calidad como la diferencia entre Eficacia y Efectividad que puede atribuirse a los proveedores de servicios sanitarios. Eficacia es definida por el mismo autor " la probabilidad de que una tecnología médica aplicada en condiciones ideales a un problema médico dado pueda dar un beneficio a los individuos en una población definida ". Efectividad según el mismo autor, tiene todos los atributos de la Eficacia excepto uno, refleja el funcionamiento habitual de los servicios sanitarios en condiciones normales, es decir teniendo en cuenta el médico promedio y un paciente típico. La diferencia entre la situación ideal y la habitual es lo que define la calidad, según este autor. Esta definición correspondería a la categoría de definiciones vinculadas a la producción. Es decir si se ajusta esta a los requisitos dados, el proceso es de calidad.

Donabedian indica que existen tres definiciones de calidad, la "absolutista" que se mide en términos únicamente médicos y consiste en la mejoría máxima de la salud que puede obtenerse con los medios actuales de la medicina. La "individualizada" que consiste en introducir la valoración del individuo de sus estados de salud, y de su preferencia por el dinero, en este caso no existe una definición única de calidad, sino que para cada paciente puede existir una diferente. Finalmente existe la definición "social", que ocurre cuando la asistencia es pagada por la sociedad, esta definición incorpora la valoración social de los costes de la asistencia. Tanto la definición individualizada como la social de la calidad se refieren a definiciones que tienen en cuenta el "valor", pero que es diferente los parámetros que se incluyen en la valoración.

La economía de la salud se ha orientado hacia la definición de calidad como un aspecto de la Eficiencia. A. Williams afirma "Desde el punto de vista de la economía de la salud, el audit es una parte del movimiento hacia una mayor eficiencia". La Eficiencia de los servicios sanitarios se mide por la

comparación entre los recursos aplicados y los QALY obtenidos. Una mayor calidad-eficiencia será obtener más qalys por menos recursos. Esta definición sería próxima a las definiciones de valor, con una diferencia importante y es que en la definición del valor intervenía el precio del mercado como orientador del valor, mientras que aquí se trata de los QALY, con toda la subjetividad que llevan incorporada.

J. Lomas miembro del CHEPA (Centre for Health Economics and Policy Analysis) indica que la calidad debe evolucionar en el futuro en tres direcciones, en primer lugar debe pasar de medir la competencia clínica y debe orientarse hacia medir la salud de la población. En segundo lugar debe cambiar los juicios implícitos de los clínicos y cambiarlos por protocolos y estándares explícitos. En tercer lugar debe integrarse en la prestación de los servicios sanitarios en vez de ser una actividad tangencial a los mismos. La primera tendencia consistiría aparentemente en pasar de una definición absoluta de la calidad basada en el juicio clínico a una definición basada en el usuario, aunque la medida de la salud de una población suele ser un ejercicio realizado por un profesional sanitario. La segunda tendencia correspondería a una definición de calidad en la producción. La tercera se refiere a los mecanismos de mejorar la calidad.

2.3 El coste generalizado

Un concepto extraído de la economía del transporte es el del coste generalizado, utilizado por Alvarez y Herce (1993) en un estudio comparativo de diferentes sistemas de transporte. El avión es más caro que el tren, y el tren de alta velocidad es más caro que el de cercanías. Está claro que esta comparación simple del precio por kilómetro de cada medio de transporte nos oculta un hecho y es que el tiempo de transporte es diferente en cada caso. El comprador de transporte cuando toma la decisión de utilizar un medio de transporte ante varias alternativas toma en consideración tanto el coste del medio de transporte como el tiempo que le tomará hacer el viaje. el método utilizado por los autores para comparar diferentes medios de transporte consiste en utilizar el concepto de coste generalizado. El coste generalizado es la suma del precio del medio de transporte más una valoración del tiempo utilizado, de esta forma el coste generalizado cubre las dos cosas que se están comprando: transporte y tiempo.

El concepto del coste generalizado puede transferirse a la sanidad. El precio que paga un paciente por un servicios sanitario comprende una parte visible: estancias, radiografías etc. y una parte menos visible: tiempos de espera, atención personalizada, etc.. Esta parte menos visible puede resumirse en el factor calidad. El coste generalizado será el conjunto del coste visible y el coste invisible del servicios sanitario. Así por ejemplo un paciente puede estar dispuesto a pagar de su bolsillo un servicio sanitario privado aunque esté cubierto por un seguro público gratuito o casi gratuito. El coste generalizado del seguro público incluirá toda una serie de factores cualitativos que puede ser para un paciente determinado más costoso que el servicio privado.

2.4 La economía de la información imperfecta

En esa sección se revisará la utilidad que para el sector sanitario puede tener los conceptos de la economía de la información imperfecta. Este análisis económico se ha desarrollado para explicar el

comportamiento de los mercados en los que existe información imperfecta sobre la calidad de los productos que se intercambian. Un ejemplo tradicional de este análisis es el de Akerlof (1970) sobre el mercado de los coches de segunda mano. En este mercado se presentan coches de muy diferente calidad, algunos han sido muy bien tratados por sus propietarios y están en perfectas condiciones, mientras que otros han recibido un trato muy malo, han sufrido golpes, han estado aparcados en la calle, etc. Estas diferentes calidades del mismo producto solo son conocidas por el vendedor del coche, ya que este conoce su trayectoria, en cambio el comprador debe tomar su decisión de comprar con desconocimiento de la calidad del coche que compra. En el ejemplo de Akerlof, los compradores reaccionarían ante esta falta de información bajando los precios a los que están dispuestos a comprar un coche, y asegurándose de esta forma ante unos coches de mala calidad (en inglés lemons = limones). Esta actitud de los compradores, desanimará a los propietarios de coches de buena calidad a ofrecerlos en el mercado, ya que no podrán obtener el precio por su coche que realmente merecen. Lo que ocurrirá es que solo se venderán en este mercado los coches malos, este hecho hará pensar a los compradores que todavía es muy elevado el precio que están dispuestos a pagar y lo bajarán todavía más. El resultado de esta espiral es que solo se venderán los coches muy malos.

La única forma de evitar esta espiral de reducción de precios y de intercambio de coches de baja calidad es a través de enviar señales a los compradores que les permitan distinguir los coches buenos de los malos. Una de estas señales utilizada en este mercado es ofrecer al comprador una garantía por el coche, que incluso es de mejores condiciones que el coche nuevo. Así frente a una garantía de coche nuevo de 12 meses, se ofrecen garantías por el mismo coche usado de 18 meses. De esta forma el comprador descubre que aquel es un coche de buena calidad y está dispuesto a pagar lo que vale.

Este ejemplo describe un caso muy frecuente en la mayoría de los productos, y no un caso aislado. La aparición de las marcas de los productos es un fenómeno ligado a este hecho. Una marca es una garantía de calidad, y por lo tanto el consumidor está dispuesto a pagar más a un producto de marca que uno a granel.

Esta situación de calidad desconocida por el comprador se da en el sector sanitario, tanto si el comprador es individual como si es colectivo (compañía de seguros o servicio público). En este entorno Robinson (1988) defiende la regulación pública o incluso la provisión pública de servicios para garantizar la calidad de los mismos. Esta regulación puede ser eficiente si transmite la señal de calidad al consumidor. Shapiro (1983) destaca los beneficios sociales de los programas gubernamentales que obligan a la publicidad de información sobre la calidad o que regulan directamente la calidad.

La acreditación de hospitales se sitúa en este contexto de "signaling". su propósito es enviar señales a los compradores sobre la calidad de los hospitales y especialmente en distinguir los hospitales buenos de los que no lo son. Estas señales sirven a los compradores para mejorar su nivel de información y tomar decisiones más fundamentadas.

3. La calidad y el mercado

Una de los factores más importantes para construir un mercado perfecto es la transparencia de información entre vendedores y compradores sobre las características del producto que intercambian. La información sobre la cantidad y el precio del producto es fácilmente contrastable; la característica de cualquier producto cuya comprobación es más elusiva es la calidad. De ahí los esfuerzos que han hecho los productores de bienes y servicios, con el apoyo de los Gobiernos para su normalización y para lograr que la calidad sea cada vez más transparente. El objetivo final es que el comprador sepa la calidad del bien o servicio que está comprando y por lo tanto el mercado funcione de una forma más eficiente.

3.1 Calidad y competitividad

La competencia entre empresas es cada vez más importante y tiene indudables beneficios para el consumidor en términos de mejores precios y mejor servicio. La calidad se ha convertido en un poderoso elemento para la competitividad de las empresas, pues es una característica muy apreciada por los consumidores. Las empresas que están en entornos competitivos se esfuerzan en mejorar la calidad de sus productos y orientarlos hacia la atención al cliente. La calidad es a veces difícil de observar por el consumidor, especialmente cuando se trata de productos complejos. Una inspección externa e independiente protege al consumidor ante productos de baja calidad, al ofrecer al cliente una información objetiva sobre la calidad de los mismos.

El incremento de la competencia y la internacionalización de los mercados han conducido a empresarios y a gobiernos a fijar como prioridad los programas de mejora de la calidad. Todas las administraciones públicas tienen programas para la mejora de la calidad de los productos (Plan Nacional de la Calidad, Ministerio de Industria y Energía). Estos programas no afectan tan solo a los productos industriales tradicionales, sino que el esfuerzo por mejorar la calidad se ha extendido a los productos agrícolas y ganaderos con las denominaciones de origen y a los servicios, por ejemplo el turismo.

La calidad se ha convertido en una ventaja competitiva estratégica para muchas empresas. Para alcanzar una mejor calidad, los empresarios deben instalar programas internos de mejora de la calidad y para ello hay diferentes escuelas que preconizan la calidad total (Ishikawa, 86), es decir el esfuerzo de toda la empresa en mejorar la calidad. Al concepto de calidad total se le ha unido el de mejora continua de la calidad como un esfuerzo permanente de toda la organización en mejorar los procesos y como un medio de participación del personal en la organización y mejora del trabajo. Estos programas se han mostrado muy útiles a las empresas que los han aplicado. Los resultados han sido sustantivos en reducciones en los costes y mejoras en los indicadores de calidad, pero no son suficientes para transmitir al consumidor la imagen de que el producto que va a consumir realmente tiene la calidad que se preconiza. Para lograr que el comprador tenga la certeza que el producto/servicio tiene realmente la calidad que pregona, es necesario una valoración externa a la empresa realizada por una institución independiente que garantice la fiabilidad de la calidad del producto/servicio.

Los fabricantes de bienes industriales tienen dos posibilidades para dar a conocer al consumidor la calidad que está incorporada a su producto; una es la homologación del producto, otra es la certificación de la empresa. La homologación del producto se consigue mediante su análisis por laboratorios acreditados que comprueban la calidad técnica del producto en cuestión. La certificación consiste en el análisis de la empresa y especialmente de sus sistemas de control de calidad para verificar que tiene suficientes medios para detectar los productos de mala calidad y evitar que salgan al mercado.

Las empresas de servicios no tienen la capacidad de homologar los servicios de la misma forma que se hace con los productos; por la razón que los servicios no se almacenan ni se pueden analizar en un laboratorio (Horovitz,90). Las empresas de servicios deben acudir a la certificación como única vía para demostrar a los consumidores la calidad de su organización.

3.2 La certificación de empresas

La certificación de empresas es definida por la International Standards Office (ISO) como "Procedimiento por el cual un organismo por tercera parte asegura por escrito que un producto, proceso o servicio es conforme con determinadas exigencias" (Ramírez,92). La certificación fue objeto de un Comité de Estudio creado por ISO en 1970 que después de una serie de trabajos culminó en 1980 con la publicación del libro "Certificación - Principios y práctica" en el que se establecieron los principios y la base de esta actividad. Posteriormente esta publicación ha sido actualizada y ampliada en "Certificación y actividades afines" (ISO-CEI,93).

La certificación por tercera parte es un medio para que el fabricante pueda demostrar, a través de la intervención de un organismo independiente, que sus productos cumplen con determinadas normas o especificaciones técnicas. Cuando en el procedimiento de certificación se inspecciona el sistema de control de calidad del fabricante, la intervención del organismo de certificación le sirve al fabricante para la verificación de que su sistema de control de calidad es correcto.

Las ventajas de la certificación son (Ramírez,92):

Para el fabricante:

- * Se verifica una implantación eficaz en las empresas de los sistemas de control y aseguramiento de la calidad
- * Facilita la venta de productos, al poder hacer mejor publicidad de ellos
- * Aumenta la competitividad de las empresas certificadas frente a las empresas que no lo están
- * Disminuye el rechazo de los productos
- * Disminuye los costes de producción
- * Mejora la satisfacción del cliente
- * Facilita la introducción de los productos en nuevos mercados

Para el exportador:

- * El Organismo de Certificación puede firmar acuerdos de reconocimiento con otros países, con lo que evita la certificación del país de destino
- * Eleva y demuestra la calidad de los productos. Es un argumento comercial
- * Si las normas nacionales a aplicar son equivalentes a las normas europeas o internacionales, protege de barreras técnicas al comercio
- * Los exportadores con producto certificado pueden participar en sistemas de certificación europeos o internacionales

Para el consumidor:

- * Le ayuda a elegir el producto
- * Asegura una relación óptima calidad/precio
- * Proporciona garantía de intercambiabilidad y reparación
- * Si la marca es conocida y demandada, se evita la competencia desleal, impidiendo la importación y consumo de productos de mala calidad
- * Permite comparar ofertas
- * El producto certificado da mayor confianza y es un medio para identificar los productos que han sido controlados y ensayados conforme a las normas nacionales, europeas e internacionales

Para la Administración:

- * Evita el establecimiento de controles obligatorios innecesarios
- * Es una vía para crear una infraestructura técnica adecuada que ayuda al desarrollo tecnológico
- * Es un medio de elevar el nivel de calidad de los productos industriales
- * Puede desarrollar a través de ella políticas de protección al consumidor
- * Supone menores medios de control por parte de la Administración y en consecuencia menor coste

La certificación de empresas en España era una función casi desconocida hace unos pocos años. En la actualidad, las empresas españolas buscan afanosamente la certificación con el objetivo puesto en la Unión Europea y al mercado único. La certificación será obligatoria para las empresas que quieran participar en este mercado.

AENOR es la entidad reconocida por el Ministerio de Industria (Orden 26 febrero 1986) para desarrollar las tareas de Normalización y Certificación. AENOR tiene un Registro de Empresas en el que inscribe a las empresas que adquieren esta certificación. Las normas utilizadas para verificar si el sistema de control de calidad de una empresa es el correcto son las normas UNE 66-901, 902 y 903 que corresponden a las normas ISO serie 9000.

El procedimiento de concesión del Registro de Empresa es en resumen el siguiente:

1. La empresa solicita a AENOR el certificado
2. La solicitud se examina para precisar la norma UNE que será de aplicación
3. Inspección del sistema de aseguramiento de la calidad de la empresa a fin de determinar la conformidad a las exigencias aplicables y asegurar que estas son efectivamente aplicadas
4. El Informe de la Inspección es confidencial y se envía a la empresa para su verificación
5. Finalmente AENOR decide conceder o denegar el certificado de acreditación
6. AENOR y la empresa firman un contrato para la utilización de la marca Empresa Registrada, por una duración de tres años

AENOR publica periódicamente la relación de empresas acreditadas (AENOR,92).

Otro sistema de certificación es el que utilizan algunas empresas que trabajan con muchos subcontratistas, por ejemplo las empresas automovilísticas, han puesto en marcha sus propios sistemas de homologación de los subcontratistas. Estos sistemas se denominan certificación por segunda parte. Estas empresas exigen a los subcontratistas que pasen una revisión externa de sus sistemas de calidad para demostrar que están capacitados para ofrecer una buena calidad de producción. Esta revisión externa complementa el control de calidad a la entrada del almacén, que la empresa principal realiza de los productos del subcontratista.

La base conceptual de estos sistemas obedece al principio de que la calidad del producto que se compra debe controlarse desde dos puntos de vista; por una parte debe controlarse la calidad de cada producto comprado, pero a la vez resulta es mucho más eficiente controlar el sistema de control de calidad del subcontratista pues de esta forma se previene la entrega de productos de mala calidad.

3.3 La certificación de hospitales

La certificación de los hospitales tiene una larga tradición en EEUU donde nació en 1918 bajo la denominación de ACREDITACION. Su objetivo es el mismo que la certificación de las industrias, es decir, la revisión mediante un organismo independiente de los sistemas de calidad del hospital para verificar que están de acuerdo con las normas generalmente aceptadas. La motivación de la Acreditación es la misma que la certificación industrial: demostrar al cliente que el hospital tiene instrumentos calibrados para controlar su calidad. Al igual que otras empresas de servicios, el hospital tiene muchas dificultades para homologar sus productos, por lo que la estrategia más eficiente en la actualidad para demostrar la calidad está en la certificación.

El sistema de Acreditación está muy desarrollado en EEUU, Canadá y Australia debido a la existencia en estos países de mercados hospitalarios, es decir, de la capacidad de elección del hospital por parte del paciente que quiere ser tratado. Esta situación no es igual en Europa, donde existen situaciones de monopolio en los servicios hospitalarios. En algunos países los hospitales son públicos y su situación es por definición de monopolio. En otros sistemas los hospitales son privados sin finalidad lucrativa, pero su situación es de clientela cautiva y por lo tanto no están sometidos a la competencia.

Esta situación de monopolio en los sistemas sanitarios públicos ha conducido a una serie de ineficiencias en el funcionamiento de los hospitales y a que estos tengan muy poco interés en satisfacer las demandas del consumidor. El análisis de los servicios hospitalarios pone en evidencia las diferencias muy importantes que existen entre centros hospitalarios sobre la forma de atender a un mismo enfermo. Algunos estudios han demostrado que los hospitales realizan servicios innecesarios para los enfermos, es decir, servicios que hubiesen podido ser evitados manteniendo la misma calidad de la atención. Estas diferencias se traducen en unos costes muy elevados en unos centros en comparación con otros sin que los resultados en términos de salud justifiquen estas diferencias.

3.4 Los mercados de servicios hospitalarios

Las reformas sanitarias en varios países de Europa se dirigen a limitar la situación de monopolio de los hospitales, en base a introducir mecanismos de mercado dentro del funcionamiento de sistemas públicos, para incrementar la competencia entre los hospitales y mejorar su eficiencia.

Un ejemplo paradigmático de introducción de mercado interno en un sistema público es el National Health Service en el Reino Unido. La reforma introducida por la Ley de Reforma de los Servicios Sanitarios de 1990, se basa en separar las funciones de comprador de servicios sanitarios de la función de proveer estos servicios. De esta forma se crea un mercado en que los compradores pueden explorar diferentes proveedores y escoger las ofertas más interesantes desde el punto de vista de la calidad y el precio. De esta forma los proveedores están enfrentados a unos incentivos para mejorar su eficiencia y la calidad del servicio. Los compradores desean disponer de valoraciones externas de la calidad de los hospitales y han acudido a la acreditación para verificar esta calidad.

Otros países de Europa están introduciendo mercados dentro de sus servicios sanitarios financiados públicamente, en concreto las reformas sanitarias en Suecia, Holanda. En España el Informe Abril proponía la introducción en el Sistema Nacional de la Salud de mercados internos. En la actualidad, sólo la Comunidad Autónoma de Catalunya ha implementado el sistema de separación de proveedor y financiador, y es precisamente esta comunidad la única que tiene un sistema de Acreditación.

El futuro de la Acreditación en España depende de que se progrese hacia una liberalización del mercado sanitario y que exista la posibilidad de elección de centro hospitalario por parte del enfermo. Esta capacidad de elección teóricamente existe, aunque de forma muy limitada, dentro del Sistema Nacional de la Salud. La forma que actualmente funciona la elección no es la más adecuada, porque penaliza al hospital que trabaja bien. En la actualidad el hospital que realiza una actividad de calidad resulta perjudicado económicamente debido a la capacidad de elección de los enfermos, ya que recibe más enfermos pero debe tratarlos con el mismo presupuesto. En cambio el hospital que trata con poca calidad a sus enfermos y consigue que estos no acudan a él, se encuentra mucho mejor económicamente porque mantiene su presupuesto y tiene menos gastos. La capacidad de elección del hospital debe ir acompañada de incentivos económicos para el hospital que lo haga bien y atienda a más pacientes. El sistema más sencillo es el del "dinero que sigue al paciente". Es decir el hospital debería recibir un presupuesto económico en función de los pacientes que atraiga.

¿Que posibilidades existen de que se crean mercados internos en España?. La experiencia de la Comunidad Autónoma de Catalunya es seguida con atención por otras comunidades que han establecido los organismos adecuados para separar las funciones de compra de la producción, y solo les falta poner en marcha el sistema. Este es un tipo de mercado hospitalario que es factible a corto plazo y que está encuadrado dentro de la Ley General de Sanidad.

Otro tipo de mercado hospitalario está en debate actualmente, se trata de los pacientes residentes en una comunidad autónoma que son hospitalizados en otra comunidad. En el sistema actual, la comunidad que trata a pacientes residentes de otra comunidad sale perjudicada porque los recursos necesarios para atenderlos debe detraérselos a los pacientes de su propia comunidad, ya que el presupuesto global es fijo y depende de la población residente. Esta situación ha sido debatida en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud y deberá ser resuelta. La solución más clara es que la comunidad de origen del paciente pague la factura del paciente atendido en otra comunidad. Esta solución creará un mercado entre comunidades autónomas para tratar a estos pacientes. Este mercado es mucho más eficiente que la alternativa que todas las comunidades autónomas, incluso las más pequeñas, construyan sus propios centros de elevada especialización. La creación de este mercado deberá ir acompañada de algún sistema de certificación externa, ya que la comunidad que pague la factura querrá tener alguna valoración de la calidad del hospital donde es atendido su paciente.

Además de estos dos mercados hospitalarios expuestos, existe un mercado incipiente que va a desarrollarse en el futuro, que es el mercado entre países de la Unión Europea. En la actualidad, se atienden en España a habitantes procedentes de otros países de la UE que con motivo de su viaje de turismo se encuentran enfermos en España. En el pasado, cuando el turismo era solamente de verano, la incidencia de estos casos no era muy elevada, pero en la actualidad existe mucho turismo de la tercera edad durante todo el año, y precisamente se trata de personas frágiles y con muchas necesidades de atención sanitaria. Además de la atención a turistas, existen otros dos tipos de atención transnacional, los trabajadores en otro países de la comunidad y la atención de enfermos en otro país. Uno de los objetivos de la UE es facilitar la movilidad de los trabajadores europeos, y para facilitar esta movilidad es imprescindible que el trabajador tenga derecho a una atención sanitaria en el país que trabaje de la misma calidad que la que hubiese recibido en su país de residencia. Finalmente el traslado de enfermos de un país comunitario a otro se realiza de forma muy controlada para algunas enfermedades que no tienen tratamiento disponible en el país de origen. Sin embargo, los enfermos comunitarios exigen cada vez una mayor capacidad de elección del hospital de la UE donde quieren ser hospitalizados. El desarrollo de estos flujos de pacientes entre países europeos conducirá a la aplicación al sector hospitalario de los principios de certificación-acreditación que se exigen a las empresas industriales.

La tendencia a relajar la situación actual de monopolio hospitalario e introducir algunas formas de mercado son predecibles. En este escenario, la transparencia de información sobre la calidad de los hospitales será cada vez más necesaria. Un paso importante en este sentido será la certificación-acreditación de hospitales.

En el sector sanitario existe otra tendencia en alza que puede empujar en el mismo sentido de valorar externamente la calidad, se trata de la certificación de los profesionales sanitarios. El avance de las ciencias médicas es muy rápido y existen cada vez más dudas de que un médico especialista mantenga su competencia profesional al cabo de unos años de práctica, si no ha hecho un esfuerzo de formación continua. En algunas especialidades médicas, en EEUU, se evalúa periódicamente la competencia de los profesionales especialistas, mediante un procedimiento denominado precisamente certificación. El objetivo es evaluar la puesta al día de la competencia profesional y responde tanto a principios éticos de la profesión como a la necesidad de demostrar a la sociedad que se pueden ofrecer unos servicios de calidad.

4. Acreditación Hospitalaria

4.1 Definición

Acreditar es un proceso mediante el que el Organismo Acreditador otorga a la entidad que lo solicita, un certificado donde se "acredita" que esta entidad cumple determinados requisitos. La entidad solicita la acreditación porque persigue algunas ventajas, sean éstas económicas o de prestigio.

En el sector hospitalario se utiliza la acreditación desde hace algunos años en varios países. En Australia, el organismo acreditador se denomina "Australian Council of Healthcare Standards" y su definición de acreditación es (Jessee,91): "El proceso de acreditación implica la evaluación de la estructura organizativa del hospital y la provisión de asistencia en comparación con estándares profesionales contemporáneos para determinar si el hospital cumple un número suficiente de estándares para merecer el certificado de acreditación"

El Dr. Angel Carrasco, Director General de Ordenación de las Profesiones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo, destaca los elementos básicos de un proceso de acreditación (Carrasco,93): " 1) Carácter voluntario del proceso: es decir, la institución sanitaria decide libremente que desea ser acreditada y formula la petición correspondiente. 2) Criterios y estándares definidos: existe un instrumento objetivo en forma de criterios y estándares o niveles de cumplimiento de los mismos, que es utilizado como marco de referencia en el proceso, al objeto de disminuir al máximo el margen de arbitrariedad o el subjetivismo en las apreciaciones. 3) Procedimiento de verificación externo: un equipo de auditores ajeno al centro sanitario se encarga de verificar el grado de cumplimiento por la institución de los criterios y estándares establecidos. 4) Dictamen por órgano independiente: es fundamental que el proceso de acreditación en su conjunto sea llevado a cabo por un organismo totalmente independiente de los centros e instituciones sanitarias, y que sea dicho órgano el que, a través de los mecanismos oportunos, tome la decisión definitiva acerca del tipo de acreditación otorgado".

4.2 Objetivos de la acreditación

La acreditación de hospitales ha surgido en países donde estaban diferenciadas las funciones de provisión de las de financiación de los sistemas sanitarios. La acreditación supone un control de calidad externo a la institución sanitaria, que garantiza al financiador que está utilizando los servicios de una institución, que ésta reúne unos estándares mínimos de calidad.

En los países en los que el financiador y el proveedor de la sanidad son una misma institución pública, no existe el incentivo para una valoración externa, pues la misma institución pública puede controlar directamente la calidad de los servicios que ofrecen sus propias instituciones. Esta capacidad de autocontrol es teórica y precisamente la crítica hacia los sistemas sanitarios públicos es que han olvidado que su finalidad era atender al ciudadano enfermo y se han preocupado de sus propios objetivos profesionales o políticos.

Los sistemas sanitarios públicos, al carecer de controles externos de calidad, han desarrollado una serie de prácticas cuyo resultado ha sido la creación de largas listas de espera, el acumulo de una gran ineficiencia y muy poca atención por las demandas del usuario.

El prototipo de sistema sanitario público es el Servicio Nacional de la Salud británico creado en el año 1948. Sus logros a nivel de solidaridad social y equidad han sido notables y por ello ha sido copiado en numerosos países, entre ellos el nuestro. Este sistema ha desarrollado todos los problemas que pueden ocurrirle a un sistema público, y sus largas listas de espera, que pueden alcanzar más de dos años de duración para procedimientos sencillos, son conocidas internacionalmente.

En 1988 el Servicio Nacional de la Salud inglés realizó un examen profundo por parte de una Comisión Interministerial presidida por el primer ministro, que culminó con la elaboración de un Libro Blanco sobre la sanidad inglesa (White Paper, 89) donde se proponían una serie de medidas encaminadas a desarrollar un mercado interno en el Reino Unido. Para crear este mercado se hacía necesario separar la función de financiación de la provisión de servicios. La financiación de la sanidad seguiría siendo pública, preservando así los principios de equidad y solidaridad del sistema, pero la provisión adoptaría fórmulas privatizadoras para dotarla de mayor eficiencia y mayor interés por satisfacer las demandas de los clientes. Simultáneamente con la creación del mercado interno en el Reino Unido, se ha desarrollado una experiencia de Acreditación de Hospitales cuya finalidad es ofrecer señales al mercado para facilitar la función de los financiadores de identificar aquellos centros sanitarios que ofrecen una mayor calidad.

4.3 La acreditación y la regulación

La acreditación es un proceso de evaluación de la estructura organizativa y de la asistencia prestada por el hospital y es diferente de las autorizaciones administrativas o licencias de funcionamiento que expiden algunas administraciones públicas. John Affeldt expresidente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, que es el organismo acreditador en Estados Unidos y el primero que se creó en el mundo, diferenciaba así los términos acreditación y autorización (Australian

Council,82): "La acreditación de la "Joint Commission" es diferente de la autorización administrativa en el sentido que no es una normativa, no se impone a los hospitales, y no determina la capacidad de un centro para trabajar y recibir enfermos de "Medicare" (Seguridad Social americana). La Joint Commission fue creada como la conciencia interna del sector sanitario y es más efectiva para promover la calidad en la asistencia sanitaria que la normativa gubernamental, porque no tan solo evalúa centros sanitarios, sino que ofrece consultoría, seminarios educativos, publicaciones y expertos. La Joint Commission representa un compromiso por parte de los centros sanitarios para continuar mejorando la calidad que ofrecen".

La autorización administrativa es otorgada por la autoridad competente al inicio de la actividad de un centro hospitalario. Es un permiso de inicio de actividad y por lo tanto es un sistema obligatorio que ocurre una vez en la vida de la institución. La acreditación en cambio, es un sistema permanente ya que el certificado es por un período determinado y debe renovarse.

La rápida evolución de la ciencia médica y de los sistemas de funcionamiento de los hospitales, limitan la efectividad de los sistemas de permiso o licencia a los nuevos centros hospitalarios. La inspección solo examina el centro hospitalario cuando este se construye y no vuelve a inspeccionarlo más excepto que haya emprendido renovaciones muy importantes. Este sistema de licencia de funcionamiento es totalmente inefectivo para mejorar la calidad de los centros en funcionamiento.

4.4 Historia de la acreditación

El primer país en construir un sistema de acreditación de hospitales fue los EEUU, cuando en 1917 el American College of Surgeons estableció el "Hospital Standardisation Programme" cuyo objetivo era, en palabras de sus creadores: " que aquellas instituciones que tengan unos niveles elevados puedan tener un reconocimiento adecuado ante la profesión, y que aquellas con un equipo y unos estándares inferiores deberían ser estimuladas a elevar la calidad de su trabajo. De esta forma los pacientes recibirán el mejor tratamiento y la gente tendrá algún medio para reconocer aquellas instituciones dedicadas a los más elevados ideales de la medicina" (Robertson et al 1987).

El primer estándar se denominó el "Estándar mínimo" y estaba compuesto por 5 normas básicas que se referían a la organización del cuerpo facultativo de los hospitales, a que estos facultativos tuvieran las credenciales necesarias para poder ejercer, a que estos médicos organizaran su sistema de evaluación de la práctica asistencial, a que hubiesen historias clínicas y a la existencia de equipos diagnósticos y terapéuticos suficientes.

Con el transcurso del tiempo el número de estándares se multiplicó, y también se incrementó el número de hospitales que solicitaban la acreditación. En 1949, la mitad de los hospitales americanos solicitaban ser acreditados, y el número de normas había crecido hasta ocupar 118 páginas. En este año el American College of Surgeons interesó al American College of Physicians y la American Hospital Association para formar una Comisión conjunta para la acreditación de hospitales que se denominó Joint Commission on Accreditation of Hospitals (que fue rebautizada en 1988 por Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO).

El consejo del JCAHO está formado por representantes de las instituciones creadoras, más la American Dental Association, una enfermera y tres personas no sanitarios.

La valoración que la JCAHO realiza comprende cuatro tipos de evaluación: a/ acreditación con honores (la reciben alrededor del 5% de los hospitales); b/ acreditación, c/ acreditación con recomendaciones de mejoras, y finalmente d/ acreditación condicional para los hospitales que tienen grandes deficiencias y a los que se da seis meses para solucionarlas.

En esencia, la acreditación de la JCAHO es un modelo de autorregulación por parte del sector hospitalario. Esta situación se alteró en 1966 con la introducción de la Seguridad Social americana. El Gobierno Federal exigió a los hospitales que quisieran tratar a pacientes financiados por la Seguridad Social que satisficieran ciertas normas. El Gobierno Federal acordó con la JCAHO que los hospitales acreditados se les supondría que satisfacían las condiciones exigidas por el Gobierno.

En el año 1970 la JCAHO hizo un cambio importante modificando su filosofía de estándares dejando la opción histórica de los estándares mínimos por unos estándares óptimos. Ya no se trataba de desacreditar a los hospitales que no alcanzaran el mínimo, sino de crear un nivel óptimo que sirviera de guía a los hospitales para mejorar sus niveles de calidad.

La JCAHO no tiene el monopolio de la acreditación en los EEUU, de hecho, un 20% de los hospitales no solicitan la acreditación sino que piden directamente la inspección estatal para tener pacientes de la seguridad social. La JCAHO ha extendido su acreditación a otros tipos de centros sanitarios además de los hospitales: hospitales psiquiátricos, asistencia ambulatoria, laboratorios, etc. En una de estas áreas, la atención domiciliaria, existe una fuerte competencia por parte del "Community Accreditation Programme, desarrollado por la "National League of Nursing". Esta institución tiene un enfoque de la acreditación totalmente diferente, pues hace visitas por sorpresa e informa a continuación al público de sus hallazgos. Frente a esta situación la JCAHO ha accedido a hacer un pequeño número de visitas por sorpresa y a publicar un resumen del Informe.

Canadá fue el segundo país en crear un programa de acreditación, de hecho, el principio fue común con el programa americano y no se inició de forma independiente hasta 1953, con la creación del Canadian Council on Hospital Accreditation.

El Canadian Council es una institución privada e independiente, que en 1958 recibió la autorización por parte del Gobierno Federal para ser la única autoridad para acreditar hospitales en el Canadá. La acreditación canadiense no tiene sin embargo la característica americana de ser una condición para recibir fondos públicos, y sin embargo acredita a la mayoría de hospitales que representan un 94% de las camas. El nivel de los estándares establecido por los canadienses es también el óptimo, que es definido como "el mejor nivel posible que se pueda alcanzar con los recursos disponibles". El Consejo está formado por 14 miembros de los cuales los representantes de la profesión médica son menos de la mitad, y en cambio hay dos enfermeras.

Australia fue el tercer país en construir un sistema de acreditación de hospitales en 1974 y lo hizo a semejanza de los sistemas existentes en los EEUU y el Canadá. El organismo australiano se denomina Australian Council of Hospital Standards. La profesión médica tiene la mayoría de los 22 miembros del Consejo, y también están representados enfermeras, otros profesionales sanitarios y consumidores.

La relación de los tres sistemas de acreditación con sus respectivos gobiernos es diferente. La JCAHO se anticipó a cualquier intervención estatal en el sector sanitario, y cuando ésta se produjo fue reconocida por el Gobierno Federal, si bien coexisten los dos sistemas el privado y el público. No hay ninguna representación de la administración en el Consejo de la JCAHO. El organismo canadiense fue apoyado por el Gobierno Federal, y algunos observadores sin capacidad de voto asisten en representación de la administración a las reuniones del Consejo. La relación es distante pero de apoyo mutuo, de hecho el Gobierno dió el monopolio de la acreditación al Canadian Council, y este permite tener unos estándares federales a un país donde la sanidad es competencia de las provincias. La situación es totalmente diferente en Australia, donde el gobierno tiene una participación directa aunque minoritaria en el Consejo del Australian Council y subvenciona el funcionamiento del mismo.

En Europa, la primera experiencia acreditadora se dió en Catalunya y será descrita en el apartado siguiente. En el Reino Unido han surgido dos experiencias de Acreditación el King's Fund que acredita a hospitales de agudos y CASPE que acredita a pequeños hospitales rurales. La experiencia es muy joven y se está desarrollando paralelamente a la reforma del Servicio Nacional de la Salud. La creación de mercados internos en el mismo ha ofrecido a los Distritos Sanitarios, y a los Médicos "Fund-holders", compradores de servicios hospitalarios, una oportunidad de valorar la calidad de los servicios que están comprando.

5. La experiencia española en acreditación

En España, la experiencia en acreditación hospitalaria se limita a un programa de acreditación docente a nivel del estado, desarrollado a partir del año 1987 por los Ministerios de Educación y Sanidad y a un proceso de acreditación asistencial desarrollado en la Comunidad Autónoma de Catalunya a partir de 1981. Otras comunidades autónomas como la Andaluza, la de Madrid y la de Galicia han publicado normativas de acreditación pero no las han aplicado todavía.

5.1 El Programa MIR

La finalidad de la acreditación docente es acreditar aquellos hospitales que tienen capacidad suficiente para impartir el programa de formación MIR, que es la única vía para acceder a una especialidad médica. Con la homologación a los otros países de la Unión Europea todo médico debe ser especialista para ejercer y por lo tanto la especialización es prácticamente obligatoria para los médicos. La acreditación docente permite a un hospital ofrecer unas plazas de formación en determinadas especialidades.

El Programa MIR se inició a finales de la década de los ochenta, y durante varios años los hospitales eran autorizados a ofrecer la docencia MIR con la simple respuesta por parte de la Dirección del Centro a un cuestionario. No es hasta 1987 que se plantea la necesidad de una revisión externa del centro para verificar si cumplía con los requisitos mínimos para impartir docencia postgraduada.

El proceso de acreditación docente es el siguiente:

Solicitud del hospital

El hospital que desea impartir formación de postgrado lo solicita al Ministerio de Sanidad y Consumo, junto con la solicitud envía determinada información sobre el centro.

Visita de inspección

Un equipo de médicos-inspectores del Ministerio de Sanidad y Consumo se desplaza al centro y en un período de 3-4 días verifica sobre el terreno si el hospital cumple con unos requisitos establecidos en un Protocolo Técnico elaborado en 1987 por una Comisión formada por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas. Este Protocolo carece de base legal y es "de carácter interno para uso exclusivo de la Administración en el desarrollo de las visitas de inspección a los centros hospitalarios" (Carrasco,93).

Informe Técnico

Los inspectores que han realizado la visita elaboran un Informe con los aspectos positivos y las deficiencias encontradas.

Dictamen de acreditación

El Informe Técnico es revisado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, órgano asesor que propone la acreditación o no del centro sanitario. Esta propuesta es revisada en primer lugar por el Ministerio de Sanidad y Consumo y remitida posteriormente al Ministerio de Educación que es el que finalmente emite el dictamen correspondiente.

El dictamen puede otorgar la calificación favorable durante tres años, la acreditación condicionada por un año supeditada a la resolución de las deficiencias y problemas detectados o bien puede denegarla.

5.2 La acreditación de la Generalitat de Catalunya

La acreditación asistencial en Catalunya se inició con una Orden de 21 de Noviembre de 1981 que establecía un procedimiento de acreditación para los centros hospitalarios. Esta Orden ha sido revisada en varias ocasiones y la actualmente vigente es de 15 de Julio de 1991.

La carencia de centros propios de la Seguridad Social en Catalunya ya motivó al Instituto Nacional de Previsión, la utilización de la concertación con centros públicos y privados como fórmula predominante para la atención de los beneficiarios de la Seguridad Social en Catalunya. Esta fórmula fue seguida por la Generalitat restaurada en 1977, que a partir del año 1981 recibió el traspaso de los servicios sanitarios de la Seguridad Social en Catalunya.

En 1985 la Generalitat creó una Red de Hospitales de Utilización Pública formado por los centros transferidos de la Seguridad Social y los centros concertados. El objetivo de esta Red era ofrecer unos centros hospitalarios de un nivel de calidad homologable, a los pacientes beneficiarios de la Seguridad Social.

Los centros que deseen permanecer en esta Red de Hospitales deben obtener el certificado de acreditación, también lo requiere cualquier centro que desee establecer un concierto con la Generalitat. De forma voluntaria también puede solicitar la acreditación cualquier hospital ubicado en Catalunya.

La misma Orden que establece el procedimiento de acreditación publica una serie de criterios que sirven para evaluar a los centros que quieran acreditarse. El procedimiento de acreditación se inicia con la petición del centro hospitalario, éste debe rellenar un cuestionario donde indica el grado de cumplimiento de los estándares.

Un equipo de inspectores de la Generalitat realizan la visita al centro y emiten un Informe.

Un Comité de Acreditación formado por funcionarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social evalúa la información recibida y propone la resolución a la Dirección General correspondiente. Contra la Resolución de la Administración se puede interponer recurso de alzada ante el Conseller de Sanidad y Seguridad Social.

6. Propuesta de un Programa Marco de acreditación

En este apartado se especifican las características de un Programa de Acreditación y se hacen propuestas para su implementación en España. Los elementos básicos de un Programa de Acreditación (Bohigas,83) son:a/ Organismo acreditador,b/ Normas de Acreditación,c/ Proceso de Acreditación, d/ Beneficios de la Acreditación .

El Organismo acreditador es el titular del Programa y es el que emite los certificados de acreditación. Las normas son los estándares que servirán para medir al centro hospitalario que quiera acreditarse. El Proceso de acreditación comporta una serie de actuaciones encaminadas a tomar la decisión de acreditar o no a un centro sanitario. Finalmente los beneficios de la acreditación son las ventajas económicas o de prestigio que conseguirá el centro por el hecho de ser acreditado.

6.1 El Organismo acreditador

6.1.1 Características

El Organismo acreditador es fundamental en todo proceso de acreditación, pues es el que da la credibilidad al mismo. Las dos características fundamentales del ente acreditador son la Credibilidad y la Imparcialidad.

El Certificado de Acreditación es un elemento de cuya validez depende toda la bondad del proceso. El valor del Certificado de Acreditación está en función de la Credibilidad de la Institución que lo firme.

En los países pioneros en la creación de un sistema de acreditación: Estados Unidos, Canadá y Australia, se creó un Organismo específico para realizar la acreditación: la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations en los EEUU, el Canadian Council of Hospital Accreditation en el Canadá y el Australian Council of Healthcare Standards en Australia. En estos casos la credibilidad del proceso no provenía de estas entidades "per se" ya que eran de nueva creación sino de las asociaciones profesionales que las habían creado.

En el caso del Reino Unido coexisten dos programas de acreditación, uno para centros hospitalarios generales y otro para centros rurales. El primero ha sido desarrollado por el King's Fund, que es una Fundación privada cuyo presidente es el Príncipe Carlos, y que fue creada por el Rey Eduardo VII a principios de siglo para ayudar económicamente a los hospitales de Londres. Con la creación del SNS en 1948 la King's Fund se transformó en una entidad dedicada a la investigación y docencia en gestión y organización sanitaria con un prestigio internacionalmente reconocido. La Universidad de Bristol creó un programa de acreditación dedicado únicamente a los hospitales rurales que recientemente ha traspasado a un Instituto privado de investigación en servicios sanitarios denominado CASPE Research. En estos dos casos la reputación previa de las dos instituciones les otorga a sus respectivos programas una gran credibilidad.

En los dos programas de acreditación en España se da la circunstancia que son entidades públicas que los patrocinan. En la acreditación MIR son los Ministerios de Educación y de Sanidad y Consumo, y en la acreditación en Catalunya es la Generalitat. La credibilidad en estos casos está garantizada por la Administración Pública. En este caso, el sistema tiene el problema para el hospital que busca la acreditación de asimilar la acreditación, a un proceso de inspección en base legal. Se confunde la visita de un inspector para acreditar un nivel de calidad con la inspección policíaca para descubrir fraudes o comprobar el cumplimiento de la ley, y por lo tanto con facultades sancionadoras. Esta confusión de roles en la misma institución perjudica el objetivo básico de la acreditación de estimular voluntariamente la mejora de la calidad de los centros hospitalarios.

La segunda característica de un organismo acreditador es su Imparcialidad, que debe concretarse en un trato equitativo a todos los centros que soliciten la acreditación. El programa de acreditación no puede ser propiedad de un centro sanitario que además deba de ser acreditado, es decir no puede ser juez y parte.

En los casos de los países anglosajones: EEUU, Canadá y Australia, la imparcialidad se ha alcanzado en base a integrar en los organismos de acreditación a las entidades profesionales más representativas de los centros sanitarios y las profesiones sanitarias. Las asociaciones profesionales pueden garantizar que las decisiones son imparciales respecto a otros miembros de la asociación, pero tienen el peligro de dar decisiones autocomplacientes para sus propios miembros. Para contrabalancear este peligro la Joint Commission incluye a tres miembros no sanitarios en su Consejo. El sistema Australiano integra directamente en el Consejo a una minoría de representantes de la Administración Pública.

En el caso del King's Fund y del CASPE ingleses, la imparcialidad y el "fair play" forma parte de la tradición británica. El Ministerio de Sanidad inglés ha encargado una evaluación de estos sistemas para tomar una decisión respecto a apoyarlos o a implicarse más directamente en ellos.

En el caso de las Administraciones Públicas españolas dedicadas a la acreditación, la imparcialidad es más difícil de demostrar porque entre los solicitantes de la acreditación se encuentran centros que dependen jurídicamente de la misma institución que acredita, que a la vez es juez y parte en el proceso.

En el caso de la Generalitat de Catalunya se produce todavía otro problema añadido, y es el hecho de que la Administración que acredita es a la vez la que financia, con lo que en épocas de crisis económica está pidiendo por un lado a los centros hospitalarios un determinado nivel de calidad que por otro lado no puede pagar con las tarifas que ofrece. Esta contradicción está en la base de la congelación de la acreditación en Catalunya en el período 1983-1991.

6.1.2 Funciones del Organismo acreditador

El Organismo Acreditador desarrolla tres tipos de funciones, por una parte establece las normas, en segundo lugar hace las inspecciones de los centros que quieran acreditarse y en tercer lugar emite los certificado de acreditación. El Organismo Acreditador es a la vez el Normador, el Inspector y el Certificador. Estas funciones están repartidas entre varios organismos en los sistemas de certificación industrial.

En el proceso de certificación industrial descrito en el apartado 1.2, las Normas que se aplicaban eran las del organismo internacional ISO, que habían sido adoptadas por el organismo nacional de normalización. La certificación es realizada por AENOR, entidad privada que goza de una autorización pública. Finalmente las inspecciones pueden realizarlas Laboratorios o Empresas de auditoría debidamente homologadas. Esta división de funciones también ocurre en las auditorías contables, donde es el Instituto de Planificación Contable quién establece las normas contables, y en cambio son empresas privadas homologadas quienes realizan las auditorías.

Esta división de funciones puede ser interesante para vertebrar una propuesta de Organismo de Acreditación en España tal como se desarrolla en el apartado siguiente.

6.1.3 Alternativas de Organismo de Acreditación en España

La situación hospitalaria en España está definida por la Ley General de Sanidad de 1986 que establece el Sistema Nacional de la Salud como sistema de organización sanitaria. Este Sistema está formado por una serie de Servicios Regionales de la Salud, uno por cada Comunidad Autónoma. El Ministerio de Sanidad mantiene facultades de sanidad exterior y una serie de funciones de ordenación general del sistema, etc. Las Comunidades Autónomas gestionan los servicios sanitarios públicos dentro de su comunidad.

La Acreditación aparece en tres apartados del artículo 40 de la Ley General de Sanidad, que describe las competencias del Estado. Estos apartados son el 7, 8 y el 9 que se reproducen a continuación:

7. La determinación con carácter general de las condiciones y requisitos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones de los centros y servicios;
8. La reglamentación sobre acreditación, homologación, autorización y registro de centros y servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplante de órganos;
9. El Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios que recogerán las decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus competencias.

El apartado 7 parece circunscribirse a las "instalaciones y equipos" de los centros sanitarios, con lo que la función sería de normativización y homologación de los aparatos médicos e instalaciones nucleares y de otro tipo, pero no a la actividad de prestación de la asistencia. El apartado 8 es el único de los tres que utiliza la palabra acreditación pero se refiere exclusivamente a los centros de "extracción y trasplante de órganos" y no al resto de funciones asistenciales de los hospitales. El apartado 9 indica que el Estado publicará el registro de hospitales de acuerdo con las decisiones tomadas por las Comunidades Autónomas.

Otros artículos de la Ley se refieren a aspectos que pueden ser relevantes para vertebrar una propuesta de Acreditación en España. El artículo 41 de la Ley General de Sanidad se refiere a las competencias de las Comunidades Autónomas. La Ley se refiere a los Estatutos de estas Comunidades y establece que las Comunidades tendrán todas aquellas competencias que no se atribuyan específicamente al Estado.

El artículo 47 crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal.

El artículo 55 establece que "Dentro de su ámbito de competencias, las correspondientes Comunidades Autónomas regularán la organización, funciones, asignación de medios personales y materiales a cada uno de los servicios de salud".

El artículo 69 en su apartado 2 establece que "La Administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de la calidad asistencial oídas las Sociedades científicas sanitarias".

La Ley General de Sanidad establece un marco autonómico para la gestión de la sanidad pública y por lo tanto delega muchas funciones en las CCAA. A la vez establece unos mecanismos de coordinación sanitaria para dar coherencia al Sistema Nacional de la Salud. El artículo 70 de la Ley General establece que serán objeto de Coordinación General Sanitaria, entre otros, los siguientes dos temas:

- a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios, el inventario definitivo de recursos institucionales y de personal sanitario y los mapas sanitarios nacionales.
- b) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.

El apartado a se refiere a normas de planificación sanitaria y por lo tanto a los aspectos cuantitativos de la oferta de servicios sanitarios, en cambio el apartado d se refiere a aspectos cualitativos y de rendimiento de estos servicios. Aunque no de forma explícita, parece desprenderse que el establecimiento de normas de Acreditación debiera ser objeto de Coordinación General Sanitaria. Lo que por otra parte parece bastante lógico en el sentido que existan unas normas únicas de Acreditación para todo el Estado. La coordinación general sanitaria es competencia del Estado.

Como hemos observado en esta revisión, la Ley General de Sanidad no establece un sistema de Acreditación ni define claramente sus responsabilidades aunque da pistas para orientar su despliegue.

La primera pista es que la función Normadora de un sistema de acreditación está compartida entre Estado y Comunidades Autónomas. El Estado establece "criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios". Ahora bien las Comunidades Autónomas "regularan la organización, funciones, asignación de medios personales y materiales". Parece pues que las dos administraciones deberían coordinarse y para ello existe el Consejo Interterritorial para establecer unas normas de acreditación. Esta coordinación es conveniente, pues las normas deben ser las mismas para todo el estado, pero a la vez deben ser razonables de acuerdo con el desarrollo sanitario de cada comunidad y la necesidad de mantener el funcionamiento de los servicios. Estas normas deben tener un consenso profesional que les de una base sólida de acuerdo con el desarrollo científico, en este sentido la Ley establece que deben ser "oídas las Sociedades científicas sanitarias".

Respecto a las funciones de Inspección de la Acreditación, la Ley no establece ningún criterio. Las Administraciones del Estado y las Autonómicas disponen de sus cuerpos de inspección y pueden hacer estas tareas, y de hecho las han estado haciendo en el Programa MIR y en Catalunya, tal como ha sido

descrito en el capítulo 3. También se ha descrito el problema que acompaña a este hecho, que es la transformación de la acreditación, que debe ser voluntaria y estimuladora a la mejora de la calidad, en una función inspeccionadora y sancionadora. Esta asimilación es muy difícil de evitar si los profesionales que visitan a los centros sanitarios son los mismos que realizan las funciones de inspección de las Administraciones Públicas.

Una solución a este problema sería adoptar el mismo sistema que se utiliza en la calidad industrial o en la auditoría contable. Las entidades inspectoras podrían ser instituciones debidamente homologadas para hacer con profesionalidad estas revisiones. La Administración pública debería homologar estas instituciones, y ofrecer a los hospitales la lista de entidades homologadas.

Las funciones de emisión del certificado de Acreditación tampoco están contempladas de forma directa en la Ley, pero se abre el camino a que sean las Comunidades Autónomas quienes realicen esta función cuando se dice que son funciones del Estado "El Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios que recogerán las decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus competencias". Es decir existiría un Registro único de hospitales acreditados donde se recogerían las decisiones de las Comunidades Autónomas sobre la Acreditación, igual que las de Autorización, etc.

En resumen la propuesta que estaría de acuerdo con la Ley General de Sanidad y que recogería la realidad del Estado autonómico y el desarrollo del Sistema Nacional de la Salud sería la de un Organismo Acreditador organizado funcionalmente de la siguiente forma: el Estado, de acuerdo con las Comunidades Autónomas y oídas las Sociedades Científicas Sanitarias, establecería las Normas de Acreditación. Organismos homologados públicos o privados realizarían las inspecciones, y finalmente, las Comunidades Autónomas emitirían los certificados de acreditación, que serían publicados en el Registro del Ministerio de Sanidad.

Una alternativa a este modelo sería la creación de un Organismo Único de Acreditación que estuviera formado por el Estado, las Comunidades Autónomas y las Sociedades científicas, en las proporciones que se acordara y que asumiera todas las funciones de acreditación. Tal organismo es complejo de construir y de gestionar, pero cumpliría con los requisitos de la Ley. Finalmente, también es posible contemplar una opción similar al modelo canadiense, que es el que se utiliza en la certificación industrial con AENOR, en el que el Estado delega sus competencias en una entidad pública o privada que asume todas las actividades de la acreditación.

6.2 Las normas de Acreditación

Las normas de un Programa de Acreditación son un elemento básico del mismo, ya que sirven de pauta para la evaluación de los centros hospitalarios.

La definición del nivel de los estándares es la forma de concretar los objetivos del Programa de Acreditación. Un primer objetivo del Programa consiste en señalar a los hospitales peores con el propósito

de no acreditarles y por lo tanto dejarles eventualmente sin posibilidades de dar asistencia. Un segundo objetivo puede ser el contrapuesto al anterior, es decir, señalar a los mejores hospitales, de esta forma se oficializa el liderazgo en la calidad a estos hospitales que pueden ser imitados por el resto del sector. Finalmente, el objetivo de la acreditación puede ser intentar mejorar la media de los hospitales del sector y procurar que esta media con el tiempo vaya alcanzando niveles más elevados.

En el primer caso, cuando el objetivo es señalar los hospitales malos, el nivel de las normas debe ser mínimo, es decir aquel nivel por debajo del cual un hospital no debería estar operando. Los hospitales no acreditados en este escenario deben ser pocos, y su futuro debe ser el hacer un cambio radical o dejar de operar.

El escenario de niveles mínimos ha sido el escogido para empezar en todos los sistemas de acreditación, desde el americano en 1917 hasta el catalán en 1981. Sin embargo, la acreditación por niveles mínimos esconde una contradicción interna con los objetivos básicos de un programa de acreditación. Los niveles mínimos rayan con el nivel de seguridad que debe recibir un paciente para ser atendido en un hospital, y por lo tanto operar bajo mínimos puede ser un atentado contra la salud pública. El lugar ideal para un nivel mínimo es una Ley, el sistema de inspección debería ser policiaco y la sanción debería ser el cierre inmediato del centro sanitario. Este no es el objetivo de la acreditación que es un sistema voluntario de mejora continuada de la calidad.

Si el objetivo de la acreditación es señalar a los mejores, solamente unos pocos hospitales pueden tener esta acreditación. Estos hospitales deben ser excelentes y deben considerarse líderes del sector. La acreditación sería en este caso como la Guía Michelin de los restaurantes, una invitación para entrar en un nivel de "connaissanceur". En este escenario, las normas deben ser muy exigentes con lo que el objetivo de voluntariedad, excelencia y especialmente el de mejora continuada son alcanzados. Un sistema así concebido no puede vincularse a la financiación pública, porque entonces habrían muy pocos centros hospitalarios capaces de atender a los usuarios de este sistema.

Por último, el tercer objetivo de mejorar la media del conjunto de hospitales, persigue que pasen la acreditación entre un 60-80% de los hospitales que la soliciten. El resto deberá trabajar duro para alcanzarla, pero no por ello dejará de poder dar asistencia. En este nivel parecen situarse las normas americanas y canadienses, que son bautizadas de nivel óptimo, y que en el caso del Canadá incorporan el criterio de los recursos disponibles.

Las normas se han organizado tradicionalmente por departamentos del hospital: radiología, cocina, laboratorio, etc. Estas normas tenían la ventaja de corresponder a un territorio profesional dentro del que se creaba el consenso. El Hospital era, según esta concepción, una federación de departamentos con apenas algunas funciones que le daban coherencia. Esta visión del hospital no corresponde con la idea moderna de una empresa de servicios que ofrece unos productos a los pacientes. La Joint Commission americana y el Canadian Council han emprendido una reforma en profundidad de sus estándares para que respondan a un modelo funcional, en el que la norma seguirá cada una de las funciones del hospital, aunque estas

funciones requieran la cooperación de varios departamentos. El circuito del paciente dentro del hospital parece que puede ser eje vertebrador de estos nuevos modelos de normas.

Todos los sistemas estudiados iniciaron su programa de acreditación por los hospitales de agudos y, progresivamente incorporaron programas de acreditación para otros tipos de centros. En EEUU hay programas de acreditación para los hospitales de agudos, para los psiquiátricos, para los de larga estancia, para los centros ambulatorios, para la atención domiciliaria, etc.

Los programas para hospitales de agudos son únicos para todos los tipos de hospital, es decir, se aplican las mismas normas al gran centro universitario que al pequeño centro rural. En el Reino Unido en cambio existen programas diferenciados uno para los hospitales pequeños y otro para los demás.

La elaboración de las normas es un aspecto fundamental del Programa. La Joint Commission americana tiene una serie de criterios para la elaboración de normas:

- a) Los estándares han de ser aspectos esenciales para un centro hospitalario, que todos los hospitales deberían cumplir
- b) Los estándares han de ser declaraciones de objetivos, dejando a la discreción de los hospitales los medios para alcanzar estos objetivos
- c) Los estándares deberían enfocar los aspectos esenciales para dar una asistencia de alta calidad, y también incluir el entorno en la que ésta asistencia se da
- d) Los estándares han de ser razonables y revisables
- e) Los estándares han de reflejar el estado del arte actual

La elaboración de una norma es muy costosa y requiere muchas dosis de consenso profesional. En EEUU el proceso de elaborar una nueva norma o reformar una antigua exige la consulta a muchos organismos profesionales, un test piloto en varios hospitales, un examen por parte de los inspectores para que sea observable y la elaboración de un sistema de puntuación. En total, el proceso puede tomar varios años. Sin embargo hay que mantener permanentemente al día las normas, sino se corre el peligro que se hagan obsoletas. En EEUU cada año se publican las nuevas normas, que son más de 2.000.

Las normas pueden ser prescriptivas cuando se refieren a cuestiones muy concretas o bien indicativas cuando solo apuntan a aspectos generales. Las primeras tienen el problema de limitar la innovación. El hospital que quiere acreditarse se limita a cumplir lo prescrito, como si fuera un libro de cocina, lo cual puede que no siempre sea bueno y en cualquier caso no le exime de los resultados que obtenga. En el otro extremo hay algunas normas que son muy generales y que se pueden alcanzar de varias formas diferentes siendo la responsabilidad del hospital el encontrar el mejor camino. Estas normas son preferibles a las anteriores, pero tienen un defecto: la dificultad para ser inspeccionables. Es fácil para un inspector verificar si un hospital cumple una norma muy concreta, y en cambio resulta mucho más difícil verificar el cumplimiento de un principio general. En este segundo caso se deja al inspector la responsabilidad de decidir si el hospital cumple la norma, lo que da mucha discrecionalidad al proceso.

Las buenas normas son aquellas que conjugan las dos ventajas, son inspeccionables y a la vez dejan margen de maniobra al hospital para innovar.

6.3 El Proceso de Acreditación

El proceso de acreditación es el conjunto de actividades que se desarrollan para llegar a la acreditación de un hospital. Los elementos básicos de un proceso de acreditación son: Solicitud, Visita y Decisión.

La solicitud de la acreditación parte del hospital; es un acto voluntario del centro la búsqueda de la acreditación. Éste es un aspecto diferencial de la acreditación con la obtención de permisos para funcionar que son obligatorios por Ley. En algunos programas de acreditación el hospital debe rellenar un cuestionario en el que se le pregunta sobre el cumplimiento de los estándares. Este ejercicio le sirve al hospital de autoevaluación, y permite al inspector tener una información previa a la visita.

La visita de auditoría es otro aspecto clave de la acreditación. No se considera cualquier evaluación como acreditación si no existe una visita por parte de auditores especializados que verifica sobre el terreno el cumplimiento de los estándares de acreditación. Este es el aspecto más costoso de un proceso de acreditación y por lo tanto debe hacerse de forma que resulte lo más rentable posible. Todos los programas de acreditación se iniciaron con un solo auditor, y con el tiempo han ido incorporando otros profesionales. En EEUU el equipo de revisión incluye a tres profesionales, un médico, una enfermera y un administrador. De esta forma el equipo de revisión garantiza que se tienen en cuenta los diversos puntos de vista profesionales. En los programas de revisión más modestos y con auditor único, estos acostumbran a ser médicos.

Es muy importante garantizar la homogeneidad de los inspectores. No sería un buen proceso de acreditación aquel que permitiera que el resultado fuera diferente según el inspector que hubiese visitado el centro, y que hubiesen inspectores duros e inspectores blandos. Para garantizar esta homogeneidad en EEUU se realiza un curso inicial para los inspectores de tres semanas, en el que se les forma en métodos de acreditación. Cada año todos los inspectores reciben un seminario de dos o tres días de actualización y periódicamente reciben un boletín informativo. En los servicios centrales de la Joint Commission se realizan evaluaciones periódicas de los inspectores, para detectar sesgos. Además de estos procedimientos los inspectores disponen de un manual de inspección en el que se detallan los métodos de inspección y se dan criterios para dar las puntuaciones.

Los inspectores pueden ser profesionales de la inspección o bien profesionales sanitarios que dedican una parte de su tiempo a esta función. En el primer caso pueden estar más al corriente de las técnicas de inspección, pero son vistos por sus colegas como burócratas, en el segundo caso, la experiencia inspectora es menor pero son más respetados por los hospitales porque se trata de una revisión por colegas.

La decisión de acreditar o no a un centro hospitalario, es una diferencia fundamental de la acreditación con otras actividades relacionadas como la auditoría. En la auditoría, el auditor hace un

informe con los problemas detectados, en cambio en la acreditación el hospital pasa un examen tras el cual sólo hay dos posibilidades: o lo pasa o no lo pasa. Todos los sistemas se basan en un comité que valora el informe del inspector y emite una decisión de acreditar o no a un centro sanitario. El proceso de decisión puede ser implícito entre los miembros del comité o puede explicitarse. En el primer caso, el Comité puede ser inconsistente en sus decisiones, ya que puede tomar un día la decisión de acreditar a un hospital y en cambio no acreditarlo al día siguiente. La coherencia de las decisiones del Comité mejora cuando más explícitos son sus criterios. En EEUU han llegado a hacerlos numéricos, lo que ha permitido elaborar un algoritmo que aconseja la acreditación o no del centro. El Comité ve su labor facilitada por el algoritmo y solo examina los casos en que la recomendación es negativa.

Todos los procesos de acreditación dan la oportunidad al hospital de recurrir una decisión desfavorable. En los EEUU se puede recurrir ante el conjunto del Consejo, mientras que en Catalunya se puede recurrir de alzada ante el Conseller de Sanitat i Seguretat Social.

6.4 Los beneficios de la Acreditación

El certificado de acreditación tiene una duración en general de 3 años. En los EEUU se puede obtener varios niveles de acreditación, con honores, simple o con recomendaciones de mejora. Por último también se puede obtener la acreditación con problemas graves que deben ser resueltos. En este último caso se puede plantear una visita al cabo de seis meses para ver si el hospital ha resuelto el problema. Esta visita no es general a todo el hospital sino que está limitada al área problemática.

El hospital solicita voluntariamente la acreditación y paga unos costes porque espera obtener un certificado que le servirá a algún propósito. En algunos sistemas de acreditación, el único beneficio es el prestigio de ser acreditado. En EEUU y en Catalunya, el certificado de acreditación es condición necesaria para concertar los enfermos de la Seguridad Social. En el caso del Programa MIR, la acreditación permite tener plazas docentes.

Los gestores de los hospitales que han pasado por un examen de acreditación indican que puede ser un instrumento importante para generar cambios dentro del hospital. Los hospitales acostumbran a ser instituciones con mucha resistencia al cambio, y una indicación exterior que detecte algún problema puede ser un desencadenante de cambios internos.

Bibliografía

La acreditación en España

Aranaz J. y Buil J.A. La calidad de la asistencia en la normativa sanitaria española. Análisis cronológico. Hospital 2000,1992. 6,1:27-33.

Asenjo MA Estructura funcional hospitalaria y control de calidad asistencial, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Madrid 1978.

Bohigas L. Acreditació de centres sanitaris: experiència catalana. IX Congrés de l'AMIEV, Barcelona 1983b; 43-47.

Bohigas L Hospital Accreditation: the catalan experience. World symposium for quality in health care, World Hospital 1984,20:20-22.

Bohigas L. Accreditation in Spain. Experiences in Catalonia a 5 years balance. European Newsletter on Quality Assurance 1986,3:3.

Bohigas L. Acreditació hospitalaria, Salut Catalunya, vol 5, nº 3, 1991:138-141.

Carrasco A, Gonzalez E. Guía de propuestas para Acreditación hospitalaria en España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1991.

Carrasco A y Gonzalez E. Manual práctico de acreditación de hospitales, Ed Médica Europea, Valladolid, 1993.

Galicia, Orden de la Comunidad Autónoma de Galicia, de 24 de setiembre de 1986, por la que se fijan los requisitos y condiciones necesarias para la utilización de Centros de Asistencia Hospitalaria.

Generalitat de Catalunya, Comitè d'Experts, Acreditación de Centres Hospitalaris, Generalitat de Catalunya, Barcelona 1982.

Generalitat de Catalunya, Ordre de 21 de novembre de 1981, regulant l'acreditació de centres i serveis sanitaris assistencials a Catalunya, DOGC 187(1981):1792-1796.

Generalitat de Catalunya, Ordre de 25 d'abril de 1983 sobre acreditació hospitalària.

Generalitat de Catalunya, Ordre de 10 de juliol de 1991, per la que es regula l'acreditació dels centres hospitalaris, DOGC 1477(1991):4308-4314.

Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Real Decreto 2177/1978 de 1 de septiembre, sobre registro, catalogación, inspección de centros, servicios y establecimientos sanitarios. BOE 222(1978):21697-21698.

Repullo J, Gomez F. y Ramiro F., Accreditation of Health Centres in Spain, aust Clin Rev. 1990. 10(1). P 45-8.

Sánchez A. Acreditación de los centros hospitalarios en Cataluña, Hospital 2000, vol 6, nº1, 1992 pp 35-43.

Seminario de Hospitales con Programas de Graduados, Normas para la acreditación de hospitales, Madrid 1970.

Conceptos de acreditación

Bogdanich W. Prized by hospitals, accreditation hides perils patients face, The Wall Street Journal, Wednesday, october 12, 1988, vol CCXII, 72 pp 1 i A12.

Bohigas L. Notas sobre la acreditación hospitalaria, en Anales suplemento vol 18-1, 1983a:47-50.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, Milbank Memorial Fund Quarterly 44:166-203, 1966.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan 1980.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assesment and assurance, QRB, november 1992, 18;11:356-360.

Duckett S.J. Changing hospital: the role of hospital accreditation, Soc Sci Med. 1983. 17(20). P 1573-9.

Ente B. An assessment of accreditation with contingencies and the three year award cycle, QRB, march 1985:93-96.

Feutz S. Legal implications of institutional standards for nurses, JONA, vol 19, nº 7, july/august 1989:4-7.

Grif J. The revised JCAHO Nursing Care Standards: areas of emphasis, critical Care Nurse, vol II, n. 8, 1991.

Hayes J. An internal evaluation of the hospital accreditation programme, en An Evaluation of the accreditation programme for community hospitals, University of Bristol, Bristol 1993.

- Holt PE, Darby DN, Australian Council of Healthcare Standards surveyor recommendations: recent trends in the accident and emergency service, *Aust Clin Re.* 1992 12(1) P 29-33.
- Holthaus D., JCAHO confidentiality undergoes public scrutiny, *Hospitals* Apr 20 1989 63(8) p56, 58, Chicago.
- Houck JH, Regulation and accreditation: the pros and cons for psychiatric facilities, *Hospital Community Psychiatry*, 1984 dec, 35(12) P.1201-4.
- Jessee WF, Hospital accreditation: a key to effective quality assurance, *European Newsletter on Quality Assurance*, 1986,3:1.
- Jessee WF, Schranz CM, Medicare mortality rates and hospital quality: are they related?, *Qual Assur Health Care.* 1990. 2(2). P 137-44.
- Longo D, Laubenthal R and Redman R., Hospital compliance with JCHA nursing standards: findings from 1982 surveys, *QRB* august 1984:243-247.
- Longo D., Roberts J and Wilt J., Compliance with JCAH Standards: a comparison of 1982 and 1983 surveys, *QRB*, december 1985, 385-388.
- Longo D., Wilt J. and Laubenthal R, Hospital compliance with Joint Commission standards: findings from 1984 surveys, *QRB*, november 1986, pp 388-394.
- López L, Bohigas L. i Ferrandiz S. Acreditament com a mètode de control de qualitat assistencial, *Salut Catalunya*, vol 2, nº 1, 1988:14-18.
- Madrid, Orden de la Comunidad Autónoma de Madrid, de 11 de febrero de 1986 por la que se desarrolla el Decreto 146/1985 de Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios.
- McCann B and Liffing K. The JCAH home care project, *QRB*, may 1986:191-193.
- McCann B and Lehman R. Voluntary accreditation for home care organizations: the Joint Commission new standards, *QRB*, october 1987:351-354.
- McCleary D. Joint Commission on Accreditation of Hospital-twenty five years of promoting improved health care services, *Am J Hosp Pharm* 34:951-54(Sep)1977.
- Macklin DC, The evolution of standards. From capability of performance to demonstrated performance, *J Intraven Nurs.* 1990 Jul-Aug. 13(4). P 249-52.

- Marracino C. Perspectivas del sistema de atención médica de la República de Argentina, Confederal nº4, abril 88:10-13.
- Merry M. Can an external quality review system avoid the inspection model?, QRB, october 1991:315-319.
- O'Leary D. Accreditation in the quality improvement mold-a vision for tomorrow, QRB, march 1991:72-77.
- Scrivens E. An external evaluation of the Hospital Accreditation Programme, en An Evaluation of the accreditation programme for community hospitals, University of Bristol, Bristol 1993.
- Smeltzer C and Dumas P. Standards compliance: the process and art of preparation, JONA, vol 21, nº 4, april 1991:45-54.
- Vladeck B. Quality assurance through external controls, Inquiry 25:100-107, spring 1988.
- Vuori H. El control de calidad en los servicios sanitarios: conceptos y metodología, Masson, Barcelona 1988.



Solicitud de:
Documentos de FEDEA

ENTIDAD:

Departamento:

Persona de contacto:

Dirección:

Código Postal:

Población:

Capital:

Teléfono:

Fax:

Deseo recibir regularmente:

☐ Colección Resúmenes

☐ Textos Express

☐ Documentos de trabajo

☐ Boletín

Deseo recibir el Documento

Remitir esta solicitud a:

FEDEA - Documentación

Jorge Juan, 46

28001 MADRID

Fax: (91) 577 95 75

Telf.: (91) 435 90 20

RELACION DE DOCUMENTOS DE FEDEA

COLECCION RESUMENES

95-01: "Geografía económica y política territorial", **CEP, FEDEA (Coordinador), IKEI e IVIE.**

TEXTOS EXPRESS

- 96-01: "La Seguridad Social del siglo XXI y la reforma de las pensiones de 1996", **José A. Herce.**
 95-02: "La reforma de las pensiones: Una encuesta rápida entre los analistas del sistema español",
Coordinada por José A. Herce y Victor Pérez Díaz.
 95-01: "Los problemas de la Sanidad en España: Una encuesta rápida entre los expertos en economía
 de la salud", **Coordinada por José A. Herce, Juan Cabasés y Guillem López i Casanovas.**

DOCUMENTOS DE TRABAJO

- 96-02: "La acreditación de hospitales: Un paso hacia la liberalización del mercado hospitalario español",
Lluís Bohigas.
 96-01: "La persistencia del paro: Economía y factores institucionales", **Juan F. Jimeno.**
 95-26: "El crecimiento económico en España, 1964-1993: Algunas regularidades empíricas", **Oscar
 Bajo y Simón Sosvilla-Rivero.**
 95-25: "Análisis de modelos alternativos de retribución de las oficinas de Farmacia", **Ramón Gisbert,
 Joan Rovira y Rafael Illa.**
 95-24: "Teoría de los ciclos reales y fluctuaciones agregadas de la economía española", **Luis A. Puch
 y Omar Licandro.**
 95-23: "La financiación hospitalaria basada en la actividad en sistemas sanitarios públicos, resolución
 de tarifas y eficiencia: El caso de la concertación hospitalaria en Cataluña", **Guillem López i
 Casanovas y Adam R. Wagstaff.**
 95-22: "Differential-difference equations in economics: On the numerical solution of vintage capital
 growth models", **Raouf Boucekkine, Omar Licandro y Christopher Paul.**
 95-21: "Utilización del capital y ciclo económico español", **Omar Licandro, Luis A. Puch y Ramón
 Ruiz-Tamarit.**
 95-20: "Empleo y sobrecualificación: El caso Español", **José García Montalvo.**
 95-19: "Mecanismos óptimos de adjudicación de contratos públicos: La adquisición de material de
 telecomunicaciones y la venta del espectro de frecuencias de radio", **Alessandro M. Manelli y
 Daniel R. Vicent.**
 95-18: "Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España", **Juan Gérvas y Vicente
 Ortún.**
 95-17: "La política de la reforma de los sistemas de pensiones", **José-Luis Oller.**
 95-16: "Capital utilization, maintenance costs and the business cycle", **Omar Licandro y Luis A. Puch.**
 94-15: "Análisis de la rentabilidad social de proyectos de inversión en infraestructuras de transporte del
 Marco de Apoyo Comunitario 1989-93", **Ginés de Rus Mendoza y Manuel Romero
 Hernández.**