

Percepción del sistema de acreditación sanitaria en Colombia

Perception of the healthcare accreditation system in Colombia.

Astolfo León Franco Herrera,^{1,2}  Adrián David Fernández Osorio,³  Alejandro De La Torre,⁴ 
Martín Cañón Muñoz,³  Cecilia Andrea Ordoñez Hernandez,^{3,5}  Carolina Gonzalez³ 
adrian.fernandez@imbanaco.com.co

1 Univalle, facultad de salud, Escuela de Salud Pública. Cali, Colombia. **2** Clinica Imbanaco, Grupo Quirón Salud, Area de Calidad. Cali, Colombia, **3** Clinica Imbanaco, Grupo Quirón Salud, Instituto de Investigación. Cali, Colombia, **4** Clinica Imbanaco, Grupo Quirón Salud, Dirección Científica. Cali, Colombia, **5** Universidad Libre, Facultad de Ciencias de la Salud, Maestría en Seguridad y Salud en el Trabajo. Cali, Colombia.



ACCESO ABIERTO

Citación: Franco HAL, Fernández OAD, De la Torre A, Cañón MM, Ordoñez HCA, González C. **Percepción del sistema de acreditación sanitaria en Colombia**. Colomb Méd (Cali), 2021; 52(3):e2084894 <http://doi.org/10.25100/cm.v52i3.4894>

Recibido: 29 Jun 2021
Revisado: 10 Aug 2021
Aceptado: 30 Sep 2021
Publicado: 30 Sep 2021

Palabras clave:

Acreditación de instituciones de salud, Evaluación de la calidad de atención en salud, gestión del riesgo, mejoramiento de la calidad, instituciones de salud, instituciones privadas de salud

Keywords:

Health facility administration, quality assurance, health care, risk management, quality improvement, , health facilities, proprietary, patient safety, delivery of health care

Copyright: © 2021 Universidad del Valle



Resumen

Introducción:

La acreditación es un proceso de evaluación externo, sistemático, periódico y voluntario al que se someten instituciones de salud para demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad en la atención. El Icontec, Instituto colombiano de normas técnicas, es la organización colombiana no gubernamental designada por el Ministerio de Salud para ser la entidad que acredita la calidad de las instituciones de salud en Colombia. El objetivo del presente estudio fue evaluar la percepción del valor que agrega la acreditación a la calidad de la atención en clínicas y hospitales en Colombia.

Métodos:

Estudio transversal observacional. Se encuestaron 22 profesionales con experiencia en el proceso de acreditación Icontec. El instrumento evaluó tres ejes temáticos del proceso: valor agregado que aporta el proceso de acreditación, proceso de evaluación e informe final. La percepción de las fases del proceso fue medida a través de una escala tipo Likert y un análisis estadístico descriptivo.

Resultados:

Los ítems con mejor percepción fueron la humanización de la atención (86.4%), la seguridad de los pacientes y el trabajo en equipo (81.8%). La acreditación mejora la calidad de los procesos (77.4%), la prevención y el control de infecciones (68.1%) y el compromiso de los médicos (63.6%). El 54.6% consideró que los evaluadores utilizan métodos diferentes de evaluación. El 63.6% de los encuestados consideró que Icontec no cumple con los tiempos definidos para la entrega del informe.

Conclusión:

El sistema de acreditación Icontec en Colombia, agrega valor a las instituciones de salud en la mayoría de los ejes temáticos evaluados. La percepción más baja se presenta en el incremento de compromiso de los médicos.

Conflicto de interés:

No existen conflicto de intereses para la publicación y socialización de esta investigación.

Autor de correspondencia:

Adrián David Fernández Osorio **E-mail:** adrian.fernandez@imbanaco.com.co

Abstract

Introduction:

Accreditation is an external, systematic, periodic, and voluntary evaluation process to which health care institutions submit themselves in order to demonstrate compliance with superior levels of quality of care. The Icontec, through an evaluative model, accredits the quality of health institutions in Colombia.

Methods:

Descriptive cross-sectional study following the recommendations of the survey study report. Using an electronic format, 22 health institutions with experience in the Icontec accreditation process were surveyed. The instrument evaluated three thematic axes of the process: added value provided by the accreditation process, evaluation process and final report. The measurement was carried out using a Likert-type scale and a descriptive statistical analysis to establish the perception of the phases of the process.

Results:

the items with the best perception were the humanization of care (86.4%) followed by patient safety and teamwork (81.8%). After accreditation, the quality of the processes improved (77.4%), infection prevention and control (68.1%) and physician commitment (63.6%). 54.6% felt that evaluators use different methods of evaluation. 63.6% of the respondents considered that Icontec does not comply with the times defined for the delivery of the report.

Conclusion:

the Icontec accreditation system adds value to health institutions in most of the thematic areas evaluated, especially in the humanization of care and patient safety. The lowest perception is presented in the increase of physicians' commitment.

Contribución del estudio

1) ¿Por qué se realizó este estudio?

Existe poca evidencia de estudios que confirmen los beneficios y describan la percepción de los procesos de acreditación en Colombia en las instituciones de salud.

2) ¿Cuáles fueron los resultados más relevantes del estudio?

Las instituciones de salud con experiencia en procesos de acreditación Icontec consideran que la acreditación agrega valor a la humanización de la atención, la seguridad del paciente y el trabajo en equipo.

3) ¿Qué aportan estos resultados?

Se debe mejorar la estandarización del proceso de evaluación y el cumplimiento del plazo definido para la entrega del informe final de la visita. Además, se necesitan nuevos estudios sobre este proceso de acreditación para comparar estos resultados.

Introducción

La acreditación es un componente esencial de los sistemas de salud en el mundo ¹. Es un proceso sistemático, periódico y de evaluación externa al que se someten voluntariamente las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ². Define un conjunto de estándares, procedimientos de autoevaluación interna, actividades de apoyo y mejoramiento continuo de la calidad para demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, incentivar el manejo de las buenas prácticas clínicas y administrativas, afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información a los usuarios para decidir libremente su permanencia o traslado a otras entidades del sistema de salud ³.

Los esfuerzos para acreditar la calidad de la atención en salud en el continente americano iniciaron por el Colegio Americano de Cirujanos de los Estados Unidos en 1917. El mismo año definieron el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales de ese país prestaran un servicio de salud eficiente. Desde entonces el número de programas de acreditación ha crecido progresivamente ⁴.

Organizaciones auditoras de especialidades médicas y de enfermería desarrollaron sus propios estándares. Para unificar los criterios, los se creó la Comisión Conjunta (Joint Commission en inglés) en 1951; organización que definió los estándares únicos con los cuales se acreditan los hospitales en Estados Unidos y que son actualizados cada 3 años. En Canadá, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud (CCHSA) realiza este proceso desde 1959. la Organización Mundial De La Salud (OMS) identificó 36 programas de acreditación en el año 2000. Hoy, la acreditación opera en más de 70 países y sus operaciones las realiza un ente independiente y externo ^{5,6}.

En Latinoamérica los primeros esfuerzos por implementar sistemas de acreditación de la atención en salud iniciaron en la década del 90. En 1992 durante el desarrollo de la II conferencia de América Latina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se realizó el lanzamiento del “Manual de Acreditación de Hospitales”, cuyos conceptos fueron útiles para que algunos países iniciaran sus primeros procesos en acreditación ^{7,8}. En Colombia, un grupo de trabajo conformado por el Ministerio de Salud, la OPS, y organizaciones del sector salud, elaboraron el primer manual de acreditación de IPS ⁹. La versión 3.1 publicada en 2018 es la utilizada actualmente ¹⁰. El Decreto 2309 de 2002 ¹¹ reglamentó por primera vez el sistema obligatorio de garantía de calidad para las entidades administradoras de plan de beneficios (EAPB) y para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). En ese mismo año la resolución 1474 ¹¹ definió las funciones del instituto colombiano de normas técnicas (Icontec) como entidad acreditadora ³.

El proceso evaluativo de Icontec lo realizan profesionales de la salud y evalúan factores de los ejes de la acreditación (seguridad del paciente y gestión clínica, humanización de la atención, gestión de tecnología, enfoque y gestión del riesgo), para una transformación cultural al interior de la organización y contribuir al mejoramiento de la responsabilidad social. Las actividades de evaluación incluyen una visita a los servicios, entrevistas con equipos de autoevaluación, profesionales a cargo de los ejes de la acreditación, y responsables de programas. Al finalizar la evaluación, el equipo de Icontec, entrega un informe final al gerente y director de calidad de la institución sobre los estándares evaluados. Para Icontec los beneficios de la acreditación se basan en que las instituciones acreditadas prestan un servicio de salud de calidad, humanizado, generan mayor confianza entre los usuarios, reducen los costos de la no calidad, obtienen mayor reconocimiento público por buscar la excelencia, mejoran su competitividad, transforman la cultura organizacional y cumplen con su responsabilidad social ³.

Lo anterior ratifica la importancia de los procesos de acreditación de calidad en Colombia en instituciones prestadoras de salud con Icontec., Sin embargo, en la actualidad se requieren estudios que confirmen los beneficios y describan la percepción de estos procesos.

El objetivo de este estudio fue describir la percepción por parte de profesionales de instituciones de salud involucrados en el proceso de acreditación de Icontec, sobre tres aspectos fundamentales del proceso: *valor agregado aportado a la institución por el proceso de acreditación, la estandarización del proceso de evaluación por los evaluadores y el tiempo que se toma Icontec para la entrega del informe final.*

Materiales y Métodos

Estudio transversal observacional siguiendo las recomendaciones de la lista de verificación basada en el consenso para la presentación de informes de estudios de encuestas ¹².

Marco muestral

De acuerdo con información del Ministerio de Salud y Protección social, en Colombia para el año 2021 se encuentran acreditadas por el Icontec 51 Instituciones de salud, de 1,418 instituciones prestadoras de salud de carácter privado que prestan atención básica y de consulta externa en el país.

Participantes

Se invitaron a 50 profesionales de 25 instituciones prestadoras de salud con experiencia en al menos un proceso de reacreditación por Icontec, es decir, dos procesos trianuales; Las instituciones de salud participantes fueron seleccionadas del listado actualizado de instituciones acreditadas que publica la Organización para la Excelencia de la Salud (OES) y el Icontec en Colombia. De este listado se invitó a participar a las instituciones que, para la realización del estudio, contaban con procesos de reacreditación por Icontec. Se realizó un muestreo por juicio teniendo en cuenta que los participantes fueran profesionales con conocimientos en los tres aspectos fundamentales del proceso de acreditación y que se desempeñaban en las áreas de calidad de sus instituciones. En total, veintidós profesionales (22/25) del mismo número de instituciones de salud participaron del estudio, una persona declaró su intención de no participar.

Instrumento

El instrumento de recolección de información fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Clínica Imbanaco (CEI-442). Presentó siete categorías distribuidas en cinco páginas, con un total de 20 preguntas tipo Likert para conocer la percepción sobre los aspectos *valor agregado a la institución por el proceso de acreditación, el proceso de evaluación y el informe final.* Todas las preguntas se consideraron de obligatoria respuesta para que el formulario se incluyera en el estudio.

Para el valor agregado del proceso, se evaluaron ítems fundamentales como seguridad del paciente, prevención y el control de infecciones, humanización de la atención, trabajo en equipo, cultura de calidad, compromiso de los médicos y gestión exitosa del riesgo. Se considero percepción positiva del valor agregado cuando respondieron que su institución se encuentra moderada o definitivamente mejor después de la acreditación.

Procedimientos

El formulario electrónico se diseñó y se compartió a través de la plataforma Google Forms[®]. Previo al envío del formulario, se realizó una prueba piloto con profesionales del área de calidad de la institución a la que pertenece el equipo investigador.

La invitación a participar se realizó mediante consentimiento informado en formato electrónico que se desplegó al inicio de la encuesta. Solo quienes aceptaron el consentimiento informado, podían ingresar al formulario.

La encuesta permaneció activa por un periodo de 20 días. La participación fue voluntaria y quienes aceptaron responder, lo realizaron de forma anónima. El enlace web de la encuesta se envió mediante correo electrónico a la dirección médica, gerencia, dirección de calidad (o su equivalente) y la dirección de enfermería de 25 áreas que participan activamente en el proceso de acreditación en instituciones de salud. Solo las direcciones de correo electrónico con las que se compartió el enlace, tenían acceso autorizado para ingresar.

Plan de análisis

Los resultados se analizaron a través de estadísticos descriptivos de frecuencias absolutas y relativas. Las variables sociodemográficas cuantitativas se resumieron de acuerdo con su distribución, con media y mediana.

Las preguntas que calificaron el valor que la acreditación agrega a la organización, tenían opciones de respuesta con valores de 1 a 10, donde 1 correspondió a que el proceso de acreditación no agrega valor a la institución. Se categorizaron como percepción negativa los valores entre 1 y 5, percepción neutra valores entre 6 y 7 y percepción positiva valores entre 8 y 10.

Se realizó un análisis multivariado mediante el método de componentes principales múltiples para conocer la relación entre los participantes y la percepción en los ítems evaluados.

Resultados

La proporción de finalización para este formulario electrónico fue de uno y la participación fue del 50%¹³. Los participantes pertenecieron a veintidós instituciones de salud y tenían edades entre 35-45 años, 12 participantes fueron mujeres y 20 contaban con estudios de posgrado. Con respecto a la experiencia en los procesos de acreditación, 16 participantes tenían más de 5 años de antigüedad en su cargo y 15 participantes afirmaron tener más de 5 años de experiencia en el proceso de acreditación. 10 participantes son los responsables de la Calidad en su institución y 4 tienen el cargo de gerentes (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Categorías	N (23) (%)
Sexo	
Femenino	12
En blanco	1
Edad, años (Me - P25-P75)	43(35-45)
Nivel de escolaridad	
Pregrado universitario	1
Posgrado	20
En blanco	1
Antigüedad en el cargo (años)	
1-3	4
3-5	1
+5	16
En blanco	1
Tiempo de experiencia en procesos de acreditación (años)	
<1	1
1-3	1
3-5	4
≥5	15
En blanco	1
Cargo actual en la institución	
Gerente	4
Director médico, jefe de enfermería	1
Enfermera de calidad	1
Responsable de la calidad	10
Responsable de calidad y de seguridad del paciente	1
Otro	4

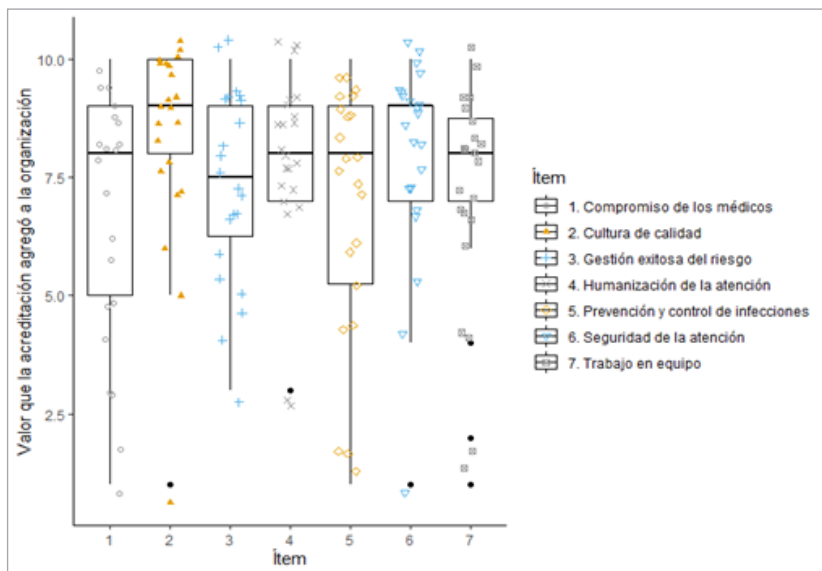


Figura 1. Percepción del Valor agregado a la institución por el proceso de acreditación. Las observaciones para cada uno de los ítems evaluados presentó una mediana similar $Me[7,9]$. El Compromiso de los médicos y Prevención y control de infecciones fueron los ítems con mayor rango intercuartílico, lo que demuestra una alta variabilidad en la percepción del valor que agrega la acreditación para estos dos ítems.

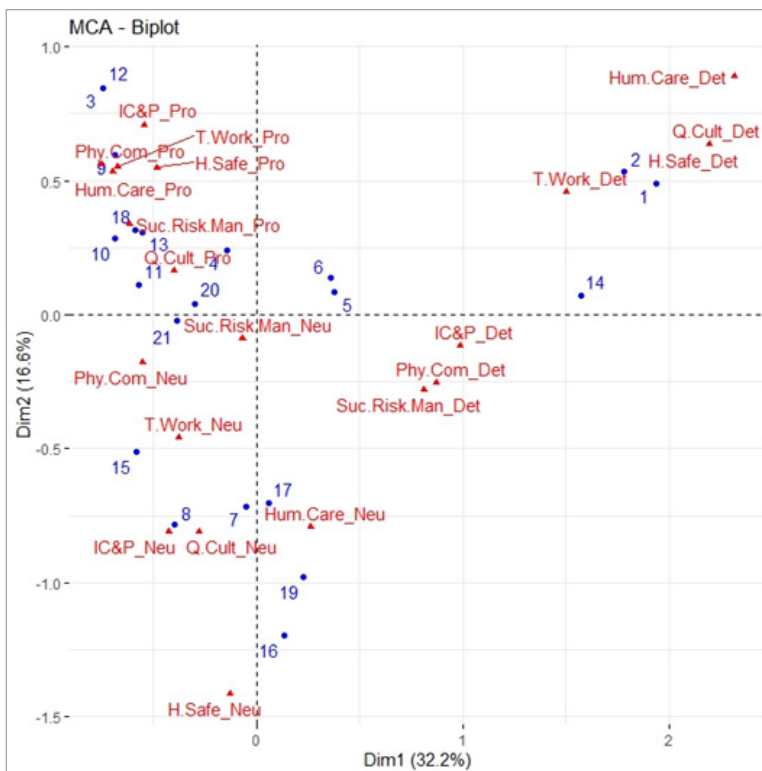


Figura 2. Análisis de correspondencia múltiple para la percepción de valor agregado a la institución por el proceso de acreditación. La mayoría de los participantes tienen una percepción promotora para los ítems evaluados y se ubican en el primer cuadrante del plano. Percepción: _Pro: promotor, _Neu: neutro, _Det: detractor. Ítems evaluados: Se.At: Seguridad en la Atención, PyC.Inf: Prevención y Control de infecciones, Hum.At: Humanización de la atención, T.Equ: Trabajo en equipo, Cul.Cal: Cultura de Calidad, Com.Med: Compromiso de los médicos, Ges.Rie: gestión exitosa del riesgo.

En la Figura 1 se identifican valores de mediana entre 7 y 9 en la percepción del valor que agrega la acreditación a las instituciones. La gestión exitosa del riesgo fue el aspecto para el que los participantes perciben que la acreditación agrega menor valor ($Me = 7$).

Tabla 3. Percepción del estado de la institución después de la acreditación obtenida

Percepción después de la acreditación	Seguridad del paciente	Prevención y control de infecciones	Humanización	Trabajo en equipo	Calidad en la atención	Compromiso de los médicos
Ahora es un poco mejor	4	7	3	4	5	8
Ahora es moderadamente mejor	6	5	7	10	9	11
Ahora es definitivamente mejor	12	10	12	8	8	3

Tabla 4. Percepción del proceso de evaluación y el informe final

Categorías	Percepción Negativa n	Percepción Neutra n	Percepción Positiva n
La forma y el método son estandarizados	10	4	8
Existen diferencias en la forma en que los evaluadores hacen la evaluación	6	-	16
Existen diferencias en el método utilizado por los evaluadores	8	5	9
Existen diferencias en la forma y el método que usan los evaluadores	5	5	12
Icontec respeta el tiempo definido de 30 días calendario para entregar el informe	14	2	6
Icontec se demora entre 1 y 2 meses después del tiempo definido para entregar el informe	13	-	9
Icontec se demora más de 2 meses después del tiempo definido para entregar el informe	6	2	14

La percepción de los participantes mostró alta variabilidad para el compromiso de los médicos y la prevención y el control de infecciones, mientras que para la humanización en la atención y el trabajo en equipo la percepción de los participantes fue más homogénea con respecto a sus valores de mediana. De igual forma fue posible identificar valores de percepción atípicos para cada uno de los aspectos evaluados, evidenciándose percepciones con valores extremos principalmente en prevención y control de infecciones y compromiso de los médicos. (Tabla 2, Fig. 1).

El análisis de correspondencia múltiple para el valor que agrega la acreditación a las instituciones (Fig. 2), la dimensión 1 aportó un 32.2 % a la explicación de la variabilidad de las respuestas, y la dimensión 2 aportó un 16.6%, acumulando un total de 48.8% en el primer plano factorial. La dimensión 1 principalmente muestra valores de percepción que los participantes identificaron como detractores (participantes que consideraron que la acreditación no agrega valor a la institución).

Para la dimensión 2 se muestra una contribución importante de percepción neutra y promotora para los ítems seguridad en la atención, humanización de la atención, prevención y control de infecciones, de los participantes. Los ítems cultura de la calidad y trabajo en equipo, contribuyeron bajo una percepción neutra. La mayoría de los participantes tienen una percepción promotora para los ítems evaluados y se ubican en el primer cuadrante del plano. Los niveles de percepción neutra y detractor se encuentran distribuidos de forma similar en el plano factorial.

Los participantes perciben que las instituciones son moderada y definitivamente mejor después de la acreditación. Los valores se confirman para la seguridad del paciente (18/22), prevención y control de infecciones (15/22), Humanización de la atención 19/22, trabajo en equipo (18/22) y la calidad de los procesos (17/22). El compromiso de los médicos presentó el menor valor de percepción con un (14/22) (Tabla 3).

La percepción sobre la estandarización del proceso de evaluación por parte de los evaluadores y el tiempo que tarda Icontec para entregar el informe final se muestran en la Tabla 4. El 36.4 % de los participantes consideran que el método utilizado por los evaluadores es estandarizado, mientras que el 54.5 % considera que los evaluadores tienen diferencias en el método que utilizan para evaluar a las instituciones.

Para la entrega del informe final de evaluación, el 63.6% de los participantes consideran que Icontec se tarda hasta dos meses más del tiempo establecido para la entrega formal del informe.

El análisis de correspondencia múltiple para la estandarización del proceso evaluativo y el tiempo de entrega del informe final se muestra en la Figura 3. La dimensión 1 aportó el 22.4 % de explicación de la variabilidad de las respuestas, y la dimensión 2 aportó el 20.3 %, con

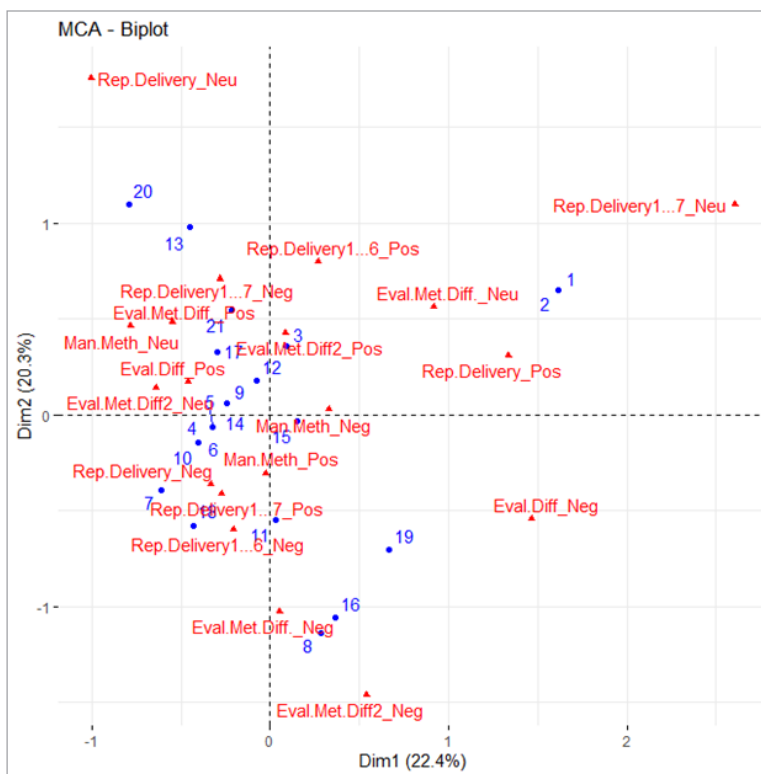


Figura 3. Análisis de correspondencia múltiple para la percepción de la estandarización del proceso de evaluación y el tiempo de entrega del informe final de evaluación. Los participantes de acuerdo con sus percepciones consideran que existe un método estandarizado de evaluación y que existen diferencias en la forma y los métodos que usan los evaluadores. La percepción es que Icontec se demora entre 1 y 2 meses para entregar el informe de evaluación. Percepción: _Pos: positivo, _Neu: neutro, _Neg: negativo. Ítems evaluados: Met.Eval: forma y método estandarizado, Dif.Eval: diferencias en la forma de evaluación, Dif.Mét: diferencias en el método de evaluación, Dif.For.Met: diferencias en la forma y el método que usan los evaluadores, Ent. Infor: se respeta el tiempo de 30 días para entregar el informe, Ent.Inf.1: Icontec se demora entre 1 y 2 meses para entregar el informe, Ent.Inf.2: Icontec se demora más de 2 meses para entregar el informe.

un total de 42.7% en el primer plano factorial. En la Figura 3, la dimensión 1 agrupó el ítem de la forma de evaluación con una percepción negativa, con ítems como demora de la entrega del informe de Icontec más de 2 meses, y las diferencias en el ítem de evaluación, bajo una percepción neutra. Los ítems de diferencias en la forma de evaluación y el ítem de 30 días para entregar el informe con una percepción positiva.

Por otro lado, la dimensión 2 agrupó los ítems diferencias en la forma y el método que usan los evaluadores. Diferencias en el método de evaluación y a la demora de Icontec en 1 y 2 meses para entregar el informe con una percepción negativa. Los ítems tiempo de 30 días para entregar el informe, y entrega del informe en 1 y 2 meses mostraron una percepción neutra y positiva, respectivamente.

Al estudiar el plano factorial 1 en la Figura 3 se puede observar que los participantes del estudio se inclinaron por una percepción positiva con respecto a las diferencias en la forma de evaluación, método de evaluación y forma y método que usan los evaluadores. Además, presentan una percepción negativa sobre la demora de Icontec en un lapso de más de 2 meses para entregar el informe, y también sobre el aspecto referido a que se respeta el tiempo de 30 días para entregar el informe.

Discusión

En la literatura no existe suficiente evidencia que describa los beneficios de la acreditación en las instituciones de salud colombianas o su percepción sobre el proceso. Este es el primer estudio en Colombia que evalúa la percepción de los profesionales involucrados en hospitales acreditados, sobre el valor que agrega la evaluación de Icontec a sus procesos de atención. En

general los resultados mostraron percepciones positivas, siendo la cultura de calidad el ítem con mejor percepción, seguida por la seguridad en la atención, el compromiso de los médicos, la humanización, la prevención y control de infecciones y el trabajo en equipo.

Desde el inicio del proceso de acreditación en 2003 la introducción de aspectos como la identificación de eventos adversos, han promovido la mejora de resultados en la cultura de calidad y la seguridad en la atención. Resultados similares con respecto a la actitud positiva hacia la acreditación se reportan en otros países y en ocasiones esta actitud puede variar con la edad y el sexo, sin embargo, no fueron aspectos considerados en este estudio.

La seguridad también se ha visto afectada positivamente por el eje de humanización introducido por Icontec. Este eje busca que el paciente, su familia y quienes forman parte de la cotidianidad de un hospital, sean acogidos en un ambiente de respeto, tolerancia, trato digno y amable. Este eje no se encuentra frecuentemente en las publicaciones internacionales sobre acreditación lo que lo hace por lo cual es difícil compararlo con el sistema de acreditación colombiano, sin embargo, es de fácil percepción pues se identifica en los comportamientos diarios de los trabajadores de la salud frente a los pacientes y sus familias. Vale también decir que estos resultados corresponden con los beneficios que el ente acreditador colombiano espera de su proceso evaluativo especialmente en los componentes de seguridad y humanización de la atención; dos ejes fundamentales del proceso de acreditación.

Algunos resultados reportados en la literatura son contradictorios como los descritos por una revisión sistemática de la literatura donde a pesar de que internacionalmente los procesos de acreditación van en aumento, los hallazgos no muestran que esté ligada a cambios medibles en la calidad de la atención. Otros estudios incluyen medidas de calidad, donde el 67% de los encuestados reportan el valor que aporta el proceso de acreditación. Las medidas con mayor valor fueron la estandarización del reporte, adherencia a las guías de práctica clínica y la calidad de la imagen, lo cual sugiere una percepción positiva en la mayoría de ítems evaluados el proceso de acreditación^{14,15}.

Investigaciones cualitativas consideran que la acreditación burocratiza la práctica clínica y que la acreditación es un proceso adecuado de benchmarking donde la autoevaluación de estándares preestablecidos es la base del desempeño colectivo organizacional¹⁶⁻¹⁹. Estas afirmaciones no pueden ser reforzadas o controvertidas con los resultados de este estudio, sin embargo, la percepción de los participantes con más de 5 años de experiencia en acreditación muestra que el proceso ubica a los profesionales en el mismo nivel de responsabilidad sobre los ejes y podría mostrarse en contra de los resultados divulgados por algunas investigaciones a las que se hace referencia.

El 86.4% de los participantes consideraron que la acreditación contribuyó a la humanización en la atención en su organización y que la organización es más segura después de la acreditación. Este aspecto es relevante y va más allá del rigor científico del resultado clínico de la atención y ubica al paciente y a su familia o acompañante en el centro de la atención. Estos aspectos únicos del sistema de acreditación colombiano fueron evaluados por este estudio y no han sido analizados en estudios previos. El eje de humanización en nuestro sistema de acreditación considera componentes como las condiciones de comodidad, privacidad, silencio y dignidad durante la atención, la humanización en el uso de la tecnología, el apoyo emocional y espiritual al paciente, el respeto por creencias, tradiciones y valores del usuario, la comunicación y diálogo con el paciente, la escucha amable y respetuosa del usuario respecto a sus inquietudes, la información y educación al paciente y familia, los horarios y visitas flexibles y el manejo del dolor²⁰.

La gestión del riesgo²⁰ busca analizar y hacer seguimiento al riesgo en salud de la población que la institución atiende, la identificación prevención e intervención de riesgos clínicos, los principales riesgos estratégicos y administrativos identificados por la institución y la gestión del riesgo en la protección y control de recursos. Este posiblemente es el eje que menos se comprende en el sistema en términos de gestión por parte de las organizaciones.

La percepción de la prevención y el control de infecciones pudo estar relacionada con la higiene de manos, el uso de bundles para la inserción y mantenimiento de dispositivos médicos, catéter sanguíneo, urinario y traqueal, y el uso de listas de chequeo para evaluar la adherencia a las precauciones estándar en pacientes con algún tipo de aislamiento aéreo, gotas y contacto ²¹⁻²³. A pesar de que estos son aspectos de difícil cumplimiento en el continuo cuidado de los pacientes, son evaluados por los procesos de acreditación y contribuyen a su mejoramiento.

Situación similar se encontró para los ítems cultura de calidad, seguridad del paciente y trabajo en equipo, donde los participantes consideraron que mejoró después de la acreditación.

El ítem que presentó menor percepción positiva fue el compromiso de los médicos. Estos resultados pueden atribuirse a que la implementación de los estándares requeridos para la acreditación recae principalmente en el personal de enfermería y no en el personal médico, por lo tanto, estos profesionales generalmente no lo consideran como su responsabilidad. Algunos estudios reportan la percepción de los beneficios de la acreditación para las organizaciones ²⁴ después de encuestar personal de gerencia, personal de calidad y personal asistencial (médicos especialistas y enfermeros) de hospitales públicos y privados. A diferencia del personal asistencial, los administradores perciben la acreditación como una herramienta importante para mejorar la calidad.

El estrés que causa el proceso de acreditación en los empleados y el incremento en sus preocupaciones, sobre su salud y bienestar no fue evaluado en este estudio, sin embargo, es bastante común que la agenda de acreditación genere alta carga de estrés en las personas que ocupan posiciones de coordinación o gerencia, en quienes recae la responsabilidad del cumplimiento de los estándares requeridos en el proceso de atención. Este aspecto fue evaluado para posiciones gerenciales y administrativas con relación a la acreditación por la Joint Commission. Se evaluó su experiencia con el sueño, la ansiedad, depresión y satisfacción con el trabajo. Se evidenció el efecto negativo del proceso de acreditación en la percepción de stress que causa en los empleados y el incremento en sus preocupaciones sobre su salud y bienestar ²⁵.

El tiempo en el que Icontec se compromete entregar los informes de evaluación en el proceso de acreditación es de un mes calendario, tiempo para el que la percepción de la mayoría de los participantes fue negativa, afirmando que en esta entrega puede demorarse hasta dos meses más del tiempo establecido. Es un aspecto que se exige procedimientos de demora, pues, aunque posiblemente no influya en los procesos de calidad o en el reconocimiento del proceso, estas faltas a los compromisos de entrega si pueden impactar en la credibilidad y confiabilidad del proceso de evaluación y acreditación.

Reconocemos como limitaciones de nuestro estudio la invitación a las instituciones que cumplieran el requisito de haber tenido al menos dos procesos evaluativos trianuales; En este caso tuvimos respuesta de al menos un profesional de (22/25) perteneciente a instituciones de salud acreditadas con una tasa de participación de 0.5.

De la misma manera consideramos que, para evaluaciones futuras, puede mejorarse el control para la comprobación de tasas de visualización y usuarios únicos que visitaron el enlace. Consideramos que una lista de control con estas modificaciones puede mejorar la calidad de los informes de los estudios de encuestas.

Conclusión

Los procesos de acreditación para prestadores de servicios de salud en Colombia generan expectativa y requieren la integración y el trabajo de los equipos dedicados a garantizar la calidad en la atención en salud de las instituciones. El proceso de acreditación del Icontec se enfoca en tres ejes temáticos específicos y a pesar de que estos procesos de evaluación generan traumatismos y carga laboral adicional del personal que trabaja en estos procesos, la percepción

es que los procesos de acreditación en las instituciones de salud colombianas, genera valor agregado a la calidad en la atención en todos los ejes temáticos calidad de atención, la seguridad y la humanización. Se debe mejorar la estandarización del proceso evaluativo y el cumplimiento en el tiempo definido de entrega del informe final de la visita. Son necesarios nuevos estudios sobre este proceso de acreditación para confrontar estos resultados.

Referencias

1. Braithwaite J, Westbrook J, Pawsey M, Greenfield D, Naylor J, Iedema R, et al. A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation LP0560737. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 1-10. DOI: 10.1186/1472-6963-6-113 [PubMed]
2. Gonzalez MIR. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Vol. 1. 2015. 1-100 p.
3. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). Que es la Acreditación en Salud - Acreditación en Salud; 2016. Cited: 2021 Feb 25. Available from: <https://acreditacionensalud.org.co/que-es-la-acreditacion-en-salud/>
4. Wright JR. The American College of surgeons, minimum standards for hospitals, and the provision of high-quality laboratory services. *Arch Pathol Lab Med.* 2017; 141: 704-17. DOI: 10.5858/arpa.2016-0348-HP [PubMed]
5. Greenfield D, Braithwaite J. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: A call for transparency and innovation. *Qual Saf Heal Care.* 2009; 18(3): 162-3. DOI: 10.1136/qshc.2009.032359
6. Shaw CD. Evaluating accreditation. *Int J Qual Health Care.* 2003; 15(6): 455-6. DOI: 10.1093/intqhc/mzg092. [PubMed]
7. Novaes HM, Neuhauser D. Hospital accreditation in Latin America. *Pan Am J Public Heal.* 2000; 7(6): 425-30. DOI: 10.1590/S1020-4989200000600019
8. Morales-Novaes H, Paganini JM. Entandares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe; 1994. p. xiii. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16603s/s16603s.pdf>
9. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Manuales de estándares del sistema único de acreditación. Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social; 2006.
10. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución 5095. Por la cual se adopta el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1; 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>
11. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Decreto 2309 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia; 2002.
12. Sharma A, Minh DNT, Lam TTL, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, et al. a consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *J Gen Intern Med.* 2021; 36(10): 3179-3187. doi: 10.1007/s11606-021-06737-1
13. López-Rodríguez JA. Declaración de la iniciativa CHERRIES: adaptación al castellano de directrices para la comunicación de resultados de cuestionarios y encuestas online. *Aten Primaria.* 2019; 51(9): 586-9. DOI: 10.1016/j.aprim.2019.03.005 [PubMed]
14. Manning WJ, Farrell MB, Bezold LI, Choi JY, Cockroft KM, Gornik HL, et al. How do noninvasive imaging facilities perceive the accreditation process? results of an intersocietal accreditation commission survey. *Clin Cardiol.* 2015; 38(7): 401-6. DOI: 10.1002/clc.22408 [PubMed]
15. Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature. *Ann Saudi Med.* 2011; 31(4): 407-16. DOI: 10.4103/0256-4947.83204 [PubMed]

16. Carrasco-Peralta JA, Herrera-Usagre M, Reyes-Alcázar V, Torres-Olivera A. Healthcare accreditation as trigger of organisational change: The view of professionals. *J Healthc Qual Res.* 2019; 34(2): 59-65. Doi: 10.1016/j.jhqr.2018.09.007 [PubMed]
17. Greenfield D, Civil M, Donnison A, Hogden A, Hinchcliff R, Westbrook J, et al. A mechanism for revising accreditation standards: A study of the process, resources required and evaluation outcomes. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14: 571. doi: 10.1186/s12913-014-0571-8. [PubMed]
18. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: A systematic review. *Int J Qual Heal Care.* 2008; 20(3): 172-83. DOI: 10.1093/intqhc/mzn005
19. Al-Awa B, de Wever A, Melot C, Devreux I. An overview of patient safety and accreditation: A literature review study. *Res J Med Sci.* 2011; 5: 200-23. DOI: 10.3923/rjmsci.2011.200.223
20. Instituto colombiano de normas técnicas y certificación. Ejes de la Acreditación en Salud; 2014. Cited 2021 Feb 25. Available from: <https://www.elhospital.com/temas/Ejes-de-la-Acreditacion-en-Salud,-una-transformacion-cultural+105489>
21. CDC. Hand Hygiene in Healthcare Settings; 2002. Cited: 2021 Feb 25. Available from: <https://www.cdc.gov/handhygiene/index.html>
22. World Health Organisation. Background to clean care is safer care. WHO; 2015. Cited: 2021 Feb 25. Available from: <https://www.who.int/gpsc/background/en/>
23. Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/UsingCareBundles.aspx>
24. Ehlers LH, Jensen MB, Simonsen KB, Rasmussen GS, Braithwaite J. Attitudes towards accreditation among hospital employees in Denmark: A cross-sectional survey. *Int J Qual Heal Care.* 2017; 29(5): 693-8. DOI: 10.1093/intqhc/mzx090
25. Elkins G, Cook T, Dove J, Markova D, Marcus JD, Meyer T, et al. Perceived stress among nursing and administration staff related to accreditation. *Clin Nurs Res.* 2010;19(4):376-86. DOI: 10.1177/1054773810373078 [PubMed]