

GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN

INDICE

1) INTRODUCCIÓN

2) OBJETIVO

3) PLAN DE TRABAJO :

a) Proceso De Inducción

b) Proceso De Diagnóstico

c) Elaboración Del Plan De Mejora

d) Evaluación Del Impacto De Las Intervenciones

e) Ingreso Al Proceso De Acreditación

4) ANEXOS

1) INTRODUCCIÓN:

Este documento es una guía de orientación para las instituciones públicas de salud, con el fin de preparar el proceso de acreditación, según lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud.

El objetivo de este documento es informar, orientar y entregar elementos prácticos a las instituciones prestadoras de salud, con el fin de que implementen un modelo de gestión centrado en la calidad y seguridad de los pacientes, que por un lado los lleve a ingresar al proceso de acreditación con éxito y por otro que puedan alcanzar los beneficios que esta estrategia de mejoramiento continuo de la calidad les brinda.

En este sentido el proceso de Acreditación es el primer peldaño en la gestión de la calidad, cuya instalación debe ser gradual y permanente en el tiempo. Para desplegar la gestión a la cual apuntamos debemos tener en cuenta algunos factores críticos:

- ▶ Instalación de una política de calidad institucional, que sea una definición explícita de los lineamientos medulares de la institución, incorporados a su Misión y Visión, la cual en consecuencia lleve a un **cambio cultural**
- ▶ Priorización de los temas de calidad sobre otros, de manera de reorganizar las estructuras institucionales, **derivando recursos humanos y económicos para el desarrollo del plan a ejecutar.**
- ▶ La Dirección de la institución debe liderar la instalación de una cultura de calidad basada en el mejoramiento de los procesos.
- ▶ Involucrar a todos los funcionarios del establecimiento “ La calidad no es responsabilidad de los jefes, ES DE TODOS “
- ▶ Formación de una estructura de calidad formal con resolución de horas y funciones.

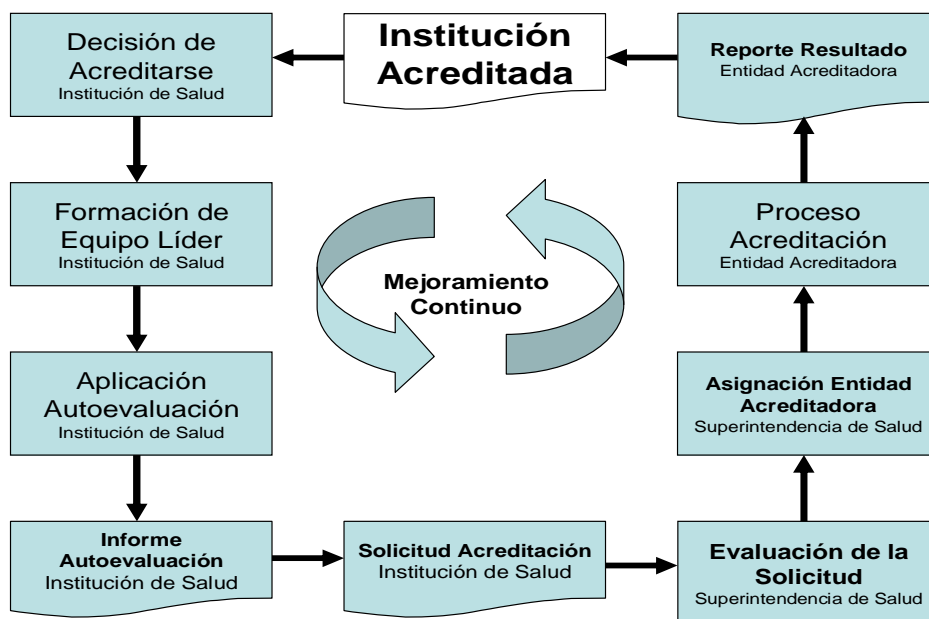
Asimismo, el sistema incorpora incentivos de prestigio que generan competencia entre las entidades para ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios, quienes se manifestaran más satisfechos en aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.

Institucionalmente cuando una entidad desarrolla procesos de mejoramiento que apuntan a lograr el cumplimiento de los estándares de acreditación obtienen un Incremento de la probabilidad de que el paciente/cliente sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos.

- ▶ Incremento en la efectividad clínica de los servicios que se prestan
- ▶ Disminución en el riesgo derivados de las atenciones de salud al paciente
- ▶ Incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales
- ▶ Incremento en la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.
- ▶ Todo lo anterior impacta claramente en la contención de costos de no calidad y genera una tasa de retorno.

Por lo tanto, el alcance de esta estrategia va más allá de una sola exigencia de la nueva Reforma de Salud, los estándares de acreditación representan la concreción en la operación de la política de calidad del sistema de Salud y los estándares definen el modelo de excelencia y óptimo rendimiento hacia el cual se debe mover la atención de Salud en Chile.

La Acreditación es una estrategia de mejoramiento, donde la preparación para esta, es el inicio del proceso. Los procesos constituyen la unidad del cambio, el elemento principal **“las instituciones no cambian, si no cambian sus procesos”**



Esta guía hace recomendaciones acerca de las acciones que debe desarrollar la institución durante la etapa de preparación para la evaluación, incluyendo el establecimiento y funcionamiento de equipos de trabajo. Se incluye documentación de apoyo relacionada con requisitos exigidos en los Estándares de Acreditación, para ser usados como elementos referenciales.

2) OBJETIVO:

- ▶ Lograr la acreditación de los establecimientos del sector público, tanto de atención cerrada como de atención abierta.
- ▶ Incorporar la estrategia de Mejoramiento Continuo de la Calidad como parte del Sistema de Salud.

3) PLAN DE TRABAJO:

a. PROCESO DE INDUCCION

Las instituciones de salud deberán en esta etapa adquirir las competencias necesarias para dar inicio a la instalación de un modelo de gestión de la calidad, que los conduzca inicialmente al cumplimiento de los estándares de acreditación que se solicitan en los respectivos manuales de acreditación, para luego continuar con un mejoramiento continuo que los lleve en forma progresiva a la excelencia hospitalaria, donde el foco central de este proceso sea generar prestaciones de salud seguras para los pacientes o usuarios del sistema público. La Dirección del Establecimiento debe decidir cómo se ajusta este proceso con sus metas generales, su misión y su plan estratégico, con el fin de alinear todos sus procesos hacia un mismo fin.

En este sentido hay estrategias a considerar para el logro del objetivo de esta etapa, las cuales pasan a ser requisitos necesarios, los que se detallan a continuación:

i **Motivación y difusión**, desarrollo de un Plan de Comunicaciones al interior de la institución para fomentar el logro de los objetivos y disminuir la incertidumbre de los funcionarios, dirigido a generar la necesidad de iniciar un proceso de gestión de calidad. Para esto se deberán desarrollar actividades como charlas, talleres, seminarios, cartillas informativas, afiches y un sistema de comunicación expedito y accesible a todos los trabajadores, una revista de calidad, un espacio en la intranet de la institución, un mail de información y consultas o cualquier sistema de difusión masiva que genere participación e involucramiento de los funcionarios, de esta manera se envía un mensaje claro a todo el personal a fin de solicitar su compromiso y colaboración en el proceso.

En esta sub-etapa se deberá dar a conocer los alcances de la Reforma de Salud, como motor imperativo para generar el cambio, como así mismo priorizar el tema reasignando recursos para la conformación de una estructura organizacional, que se detalla a continuación.

ii **Estructura organizacional**, generar un departamento o unidad de calidad con un encargado institucional en los establecimientos de alta complejidad, dependiente directamente de la dirección, como asesor directo del nivel gerencial,

con asignación de horas y funciones. Se requiere de manera clara de un líder organizacional que debe tener claras atribuciones y roles dentro de la organización quien además debe contar con todo el respaldo de la dirección o gerencia de la institución. Además en cada servicio clínico, de apoyo y administrativo se requiere de un encargado, el cuál será el responsable de la gestión de la calidad en su área y se coordinará directamente con el encargado institucional. Se deberá definir claramente cuales serán los roles y las responsabilidades del grupo de encargados, funciones específicas, actividades diarias, establecimientos de equipos de cooperación. En los establecimientos de Atención Primaria se deberá designar un encargado de la gestión de la calidad, con designación de horas y funciones, que se coordinará con la Dirección del Servicio de Salud respectivo.

iii **Capacitación en los manuales de acreditación**, con el objetivo que la estructura organizacional de la calidad (encargados), conozcan los estándares exigidos en el proceso de acreditación y se puedan interiorizar de sus contenidos.

iv **Capacitación en el instrumento de autoevaluación**, para adquirir las competencias necesarias para el uso de esta herramienta, que simplifica y facilita la realización de un diagnóstico de situación actual en relación a los estándares exigidos en la acreditación.

b. PROCESO DE DIAGNÓSTICO

Este se realizará con la aplicación del instrumento de autoevaluación por parte de las instituciones públicas de salud, con el acompañamiento del departamento de calidad y seguridad del paciente del Ministerio de Salud a nivel central y las oficinas de calidad y seguridad del paciente de los establecimientos a nivel local. El punto de partida de este proceso es la Autoevaluación, que permite que la dirección del establecimiento se formen un juicio objetivo de su estado de situación actual relacionado a los estándares exigidos en el proceso de acreditación.

La Autoevaluación ayuda a la organización a direccionar su intervención, definiendo planes de mejora a cumplir, con un enfoque sistemático y disciplinado. La Autoevaluación se convierte entonces en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, aciertos, desviaciones, eficiencia, eficacia y mejoras de los sistemas de la institución.

En esta etapa se deberá definir:

- ▶ El tiempo destinado a realizar la Autoevaluación.
- ▶ El tiempo destinado a la consolidación de los resultados.
- ▶ El N° total de evaluadores para la recolección de la información

- ▶ La distribución de los evaluadores por lugares de verificación
- ▶ Determinación de quien realizará la función de consolidación de resultados.
- ▶ Definición de cronograma y lugar de reunión de los evaluadores

Estos puntos se desarrollarán más ampliamente a continuación.

- i. **Equipo de trabajo:** Un aspecto clave para la realización del diagnóstico es la conformación de equipos y el trabajo en equipo. La aproximación a la acreditación centrada en la seguridad del paciente enfatiza la importancia de hacer que todos los niveles del personal, profesionales y técnicos, se involucren en este proceso. Los responsables de áreas son quienes entienden el proceso en detalle. ¿Quién mejor que ellos para evaluar su propio nivel de cumplimiento con los estándares?

El encargado de calidad del establecimiento será el eje central en el proceso de autoevaluación, será el coordinador general de la actividad.

La determinación del número de evaluadores para la recolección de la información en las distintas dependencias del establecimiento, será directamente proporcional al tamaño de la institución. Es apropiado 2 en establecimientos pequeños, 4 en medianos y 6 a 8 en grandes. El equipo de trabajo habrá sido previamente capacitado en el instrumento de autoevaluación.

- ii. **Tiempo de aplicación:** Una semana para la recolección de datos y una semana para la consolidación y elaboración del informe final.
- iii. **Funcionamiento:** Para que el equipo conformado funcione eficientemente deben seguirse algunas reglas básicas:

- Organizar aspectos logísticos como lugar de reuniones con equipo de PC, cronograma de trabajo que incluye la distribución de lugares de verificación por evaluador, frecuencia, agendas y tiempos en los que estas se deben llevar a cabo.
- También se debe tener en cuenta el manejo del tiempo para la recolección en terreno.
- Se debe hacer discusión sobre la información recolectada, de manera de unificar criterios de medición y poder aclarar dudas surgidas en terreno (evitar sesgos).
- El equipo debe acordar un proceso para tomar decisiones de grupo, en aquellas situaciones en que se producen dudas con respecto a las evidencias encontradas.

- iv. **Recolección de información:** Esta etapa del proceso debe iniciarse con la reunión del equipo en la cual fijarán el plan de trabajo a desarrollar, se deberán tomar acuerdos relacionados con:

- Distribución de lugares de verificación por evaluador.
- Tamaño de muestra para entrevistas y revisión de documentación.

v. **Elaboración de informe:** La elaboración del informe una vez concluido el proceso de autoevaluación, será sencilla si se ha usado el instrumento de autoevaluación en forma correcta. Bastará agregar a la planilla Excel N° 2 de resultados las observaciones realizadas por los evaluadores en cada elemento medible. Recordar que el instrumento de autoevaluación entrega un informe automático de resultados al llenar los puntajes de las distintas características.

c. ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

Las instituciones de salud deberán construir un plan de intervención atingente a las deficiencias encontradas en el diagnóstico.

Para el equipo de los encargados por área, se sugiere que este conformado por los jefes de cada sección, responsables de ejercer el liderazgo sobre su personal subalterno, de manera de conducir su gestión hacia la mejora continua, integrando este concepto al quehacer diario.

Al terminar el ciclo de autoevaluación se deben identificar claramente las acciones de mejoramiento que se adelantarán para alcanzar el pleno cumplimiento de los estándares solicitados en el proceso de acreditación, haciendo énfasis en:

- ▶ El análisis de los procesos y sus respectivas etapas, como elemento infalible para lograr el éxito.
- ▶ Apuntar las acciones hacia los procesos que son la causa raíz del incumplimiento.
- ▶ Desarrollar, a través de un proceso sistemático y basado en la evidencia científica, el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento.
- ▶ Definir un proceso de monitorización del mejoramiento de los procesos.
- ▶ Comunicar a la organización los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad, con el propósito de incentivar el mejoramiento como cultura organizacional e internalizar y asegurar los procesos mejorados.

La tarea de identificar o dar prioridad a los procesos: Desarrollar el monitoreo y mejoramiento implica tener claro que es posible monitorear y mejorar solo unos cuantos procesos al mismo tiempo. El equipo debe poner los procesos que quiere mejorar en orden de prioridad y debe llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar primero y la forma como lo va a realizar. Las preguntas que pueden guiar esta decisión son las siguientes:

- ¿Cuáles procesos son de alto riesgo e inciden directamente en la seguridad de los pacientes?
- ¿Qué procesos se realizan más frecuentemente o en un alto volumen?
- ¿Qué procesos al mejorarlos reportan más beneficios para el cumplimiento de los estándares?

Existen muchas formas en que las respuestas pueden volverse aparentes. La necesidad de mejorar un proceso puede ser identificada como resultado de los cambios de los objetivos o estructuras de la organización.

La tarea fundamental de esta etapa es el establecimiento de indicadores de evaluación de la calidad del proceso o del resultado del mismo e identificar los puntos débiles.

La ejecución de este plan tendrá una duración de seis meses a un año de duración.

En esta etapa las instituciones de salud pública serán acompañadas por el nivel central, teniendo un referente para dicho efecto, quien será responsable de desarrollar actividades de capacitación, asesoría y visitas.

El nivel central además pondrá a disposición de las instituciones documentación exigida en el Manual de Acreditación, relacionada con normas, protocolos e indicadores, que pueden ser usados a modo de referencia por las instituciones.

d. EVALUACION DEL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES

Esto se realizará volviendo a efectuar la autoevaluación y tiene como propósito evaluar:

- ▶ Despliegue en la institución: Grado en que se han implementado los planes de mejora y son consistentes en las distintas áreas de la organización.
- ▶ Despliegue hacia el usuario: Grado en que la mejora es percibida por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del plan.
- ▶ Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área deficitaria y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
- ▶ Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo.
- ▶ Estado actual para acceder a la acreditación.

e. INGRESO AL PROCESO DE ACREDITACIÓN

En esta etapa es esperable que las instituciones de salud, hayan subsanado la mayor parte de sus deficiencias y se encuentren en condiciones de solicitar la acreditación.

La institución deberá solicitar la admisión al proceso de acreditación a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud , esta solicitud debe ser acompañada con la información sobre las características del establecimiento, objetivo sanitario y nivel de complejidad de las prestaciones que realiza; asimismo el tipo de estándares de acreditación por los que desea ser evaluado, información necesaria para la selección de la entidad acreditadora y para fijar el monto que deberá pagar a la entidad acreditadora que le será asignada.

La solicitud del prestador es evaluada, verificándose que cumpla con los requisitos para postular a la acreditación. Estos requisitos son: encontrarse con su autorización sanitaria vigente y haber realizado, durante el año previo a la solicitud, un proceso de auto evaluación de la calidad en la institución.

Verificado que el prestador institucional cumple los requisitos para postular, se procede a la designación de la entidad acreditadora que realizará la acreditación. Este proceso de selección es aleatorio, teniendo todas las entidades acreditadoras, vigentes y elegibles en la Intendencia de Prestadores, la misma probabilidad de ser seleccionadas en el sorteo.

Al momento de inicio del proceso de acreditación, el prestador solicitante paga a la entidad acreditadora seleccionada el 50% del arancel que se le calcule de acuerdo a la estructura de costo arancelario establecido en el reglamento, quedando el 50% restante para materializarse al término del proceso completo.

En síntesis, son elegibles para ser acreditados los prestadores institucionales que han cumplido los siguientes requisitos:

- 1) Han solicitado formalmente, a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, ser sujetos del proceso de acreditación. En la solicitud consta la clasificación del tipo de establecimiento (atención abierta o atención cerrada) y la complejidad de sus prestaciones para efectos de acreditación (alta, mediana o baja complejidad según los criterios establecidos en el reglamento). Según sea el caso, esta solicitud debe contener los problemas de salud GES que atenderá y los estándares específicos por los que solicita ser acreditado.

- 2) Tienen autorización sanitaria vigente, es decir han sido autorizados por la autoridad sanitaria respectiva con su rol asistencial y todas sus dependencias actuales. La revisión del cumplimiento de este requisito considera la identificación del director técnico actual de la institución, la resolución de autorización sanitaria inicial de instalación y funcionamiento del establecimiento, y las resoluciones complementarias que dan cuenta de

modificaciones a la autorización original, sea por ampliación del establecimiento o de prestaciones, cambio de director técnico, cierre de algún servicio o unidad, cambio de representante legal u otras.

- 3) Documentan que durante el año previo a la solicitud han realizado un proceso de auto evaluación de la calidad asistencial. El instrumento utilizado para realizar la autoevaluación debe contener como mínimo la evaluación de los mismos ámbitos que considera el Manual de Acreditación. Los resultados de la autoevaluación deben estar consignados en un documento oficial de la institución que registre los ámbitos evaluados, las fechas entre las cuales se efectuó la evaluación y sus responsables.

Una vez designada la entidad acreditadora que se hará cargo de la evaluación, ésta deberá fijar la fecha de inicio de la evaluación, siendo recomendable que consensúe con el prestador institucional un plan de trabajo y un cronograma de ejecución del proceso de acreditación, que permita completarlo dentro del plazo reglamentario máximo de 30 días hábiles. Con el fin que el prestador se prepare para el proceso de acreditación, es recomendable que la entidad acreditadora informe al prestador interesado los detalles del trabajo que realizará en terreno. Se espera que el prestador disponga oportunamente de los documentos que le serán solicitados y coordine con sus profesionales las visitas a terreno del equipo acreditador.

Posteriormente en terreno, los profesionales de la entidad acreditadora deberán revisar documentos, visitar las diferentes dependencias, analizar datos de los sistemas de información disponibles, entrevistar a personas –funcionarios, alumnos y realizar otras actividades de verificación según lo indicado en este manual de acreditación.

Es necesario señalar que el proceso de acreditación puede ser fiscalizado, en cualquier etapa o momento, por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, o por el Instituto de Salud Pública, según la naturaleza del prestador. Estas instituciones también podrán fiscalizar el proceso una vez terminado y recabar las opiniones, percepciones, y sugerencias de parte del prestador recién sometido al proceso de acreditación.

Como se señala en el reglamento, la designación aleatoria de entidades acreditadoras se realizará los primeros y terceros lunes de cada mes. El reglamento fija una serie de plazos a las diferentes etapas del proceso de acreditación, los que se presentan sintéticamente en la tabla siguiente. Es necesario señalar que estas etapas pueden superponerse, por ello es que los plazos señalados en la tabla son aproximados.

Dpto de Calidad y Seguridad del Paciente
Ministerio de Salud

Inicio	Plazo aproximado	Término
Solicitud de acreditación.	Máximo un mes	Designación aleatoria de la entidad acreditadora.
Designación aleatoria de la entidad acreditadora.	5 días	Entidad acreditadora acepta o rechaza su designación.
Entidad acreditadora acepta su designación.	15 días	Prestador a acreditar paga a la entidad acreditadora 50% del arancel fijado. Entidad acreditadora informa fecha de inicio del proceso.
Entidad acreditadora informa fecha de inicio del proceso.	Máximo 90 días	Inicio del proceso de acreditación.
Inicio del proceso de acreditación.	30 días (prorrogables por igual período)	Término del proceso de acreditación.
Término del proceso de acreditación.	5 días	Informe de acreditación. Pago del 50% del arancel por parte del prestador sometido a acreditación.
Si el prestador es acreditado con observaciones.	10 días	Prestador acreditado con observaciones presenta plan de mejora a la entidad acreditadora.
Prestador acreditado con observaciones presenta plan de mejora a la entidad acreditadora	5 días	Entidad acreditadora acepta o rechaza el plan de mejora e informa a la Intendencia de Prestadores.