



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS FISICAS Y MATEMATICAS  
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA INDUSTRIAL**

**FACTORES DE ÉXITO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD: EL  
CASO DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTES**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGISTER EN GESTION Y POLITICAS PÚBLICAS**

**CRISTIAN EDUARDO SAAVEDRA VENEGAS**

PROFESOR GUIA:

**MARIO ALBURQUERQUE FUSCHINI**

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:

**ALVARO VÁSQUEZ VALDIVIA  
MARÍA PIA MARTIN MUNCHMEYER**

SANTIAGO DE CHILE  
AGOSTO 2014

## **FACTORES DE ÉXITO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD: EL CASO DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS**

El presente estudio de caso busca identificar cuáles son los elementos de la gestión que favorecen que un hospital público logre la acreditación de la calidad sanitaria en Chile. Tiene un énfasis práctico, ya que recoge la opinión de actores que estuvieron directamente involucrados en el proceso de acreditación del hospital Exequiel González Cortés -primer hospital público acreditado en Chile- para luego obtener conclusiones y generar recomendaciones concretas a quienes deban conducir este proceso en otros hospitales.

La acreditación de la calidad sanitaria es un proceso organizacional complejo. Tal es así, que desde que se instauró como política pública en Chile, menos del 15% de las instituciones de salud la han obtenido, configurándose al día de hoy como una más de las deudas pendientes del sistema de salud chileno.

Para abordar la pregunta de investigación, se desarrolló un marco conceptual que describe primero, las características centrales del sistema de salud chileno, profundizando en el hospital Exequiel González. Luego, presenta las principales estrategias que los organismos e instituciones de salud han desarrollado para mejorar la calidad de las intervenciones sanitarias en Chile y el mundo. Complementariamente, se describen los fundamentos de los modelos de gestión de la calidad, haciendo énfasis en el rubro de la salud.

El trabajo de campo consistió en entrevistar a 16 funcionarios del hospital y en revisar la documentación relevante disponible (cuentas públicas, informes de gestión, prensa, presentaciones y sitios web de organismos de salud). Los resultados se exponen en un resumen narrativo -que comprende los eventos centrales del proceso- y en una matriz de codificación abierta, que identifica y caracteriza los factores de éxito de la acreditación.

El estudio concluye que los factores principales que influyen positivamente para que un hospital logre la acreditación son: Primero, tener una política de comunicación intensa y diversa, que alcance los distintos niveles de la organización. Segundo, que exista un alto compromiso directivo, que se materialice en acciones concretas, constatables por todos los funcionarios. Tercero, conformar un equipo de gestión del cambio empoderado, sobretudo a nivel de jefaturas intermedias; y cuarto, el compromiso profundo de los funcionarios de los equipos clínicos, quienes son para estos efectos, los “funcionarios de primera línea”.

Finalmente, algunas de las recomendaciones principales que el estudio entrega a futuros implementadores de procesos de este tipo son: colocar el tema en primer lugar de la agenda, identificar y potenciar las fortalezas de los equipos, formar un equipo de cambio diverso, gestionar hábilmente las oportunidades, transmitir optimismo (y dar apoyo emocional al equipo) durante todas las etapas, y nunca dejar de controlar cercanamente el proceso.

## **Agradecimientos**

A mi esposa Francesca, por su amor, alegría y optimismo.

Al profesor José Zalaquett, por su generosidad incombustible y por ser ejemplo de vida.

A mi madre, padre y hermanos, por estar conmigo siempre, a pesar de la distancia.

A mis profesores del Magister, por enseñarme el valor de lo público y a pensar reflexivamente.

## Tabla de Contenido

<u>Introducción.....</u>	<u>8</u>
ANTECEDENTES .....	9
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGÍA .....	11
<u>Capítulo I. Gestión Sanitaria en Chile y Estructura de los Sistemas de Salud Públicos .....</u>	<u>15</u>
TRAYECTORIA Y CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO .....	15
REFORMA A LA SALUD DEL AÑO 2005.....	16
ESTRUCTURA ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO .....	17
<u>Capítulo II. Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.....</u>	<u>20</u>
CONCEPTO DE “CALIDAD” EN SALUD .....	20
DIMENSIONES DE LA CALIDAD .....	20
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	22
RELEVANCIA DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	23
ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	24
<u>Capítulo III. Modelo Chileno de Acreditación de la Calidad Sanitaria.....</u>	<u>28</u>
EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	28
MODELO CHILENO: ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA INSTITUCIONES DE SALUD.....	31
MARCO LEGAL.....	31
EJES DE LA ACREDITACIÓN .....	32
EL MANUAL DE ACREDITACIÓN PARA HOSPITALES.....	33
<u>Capítulo IV. El Hospital Pediátrico “Exequiel González Cortés”.....</u>	<u>35</u>
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS .....	35
EQUIPO DE SALUD.....	35
ACTIVIDAD ASISTENCIAL - PRINCIPALES INDICADORES Y RESULTADOS .....	36
<u>Capítulo V. El Proceso de Acreditación del Hospital Exequiel González Cortés.....</u>	<u>38</u>
HISTORIA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN EL HOSPITAL EGC - RESUMEN NARRATIVO.....	38
FACTORES INVOLUCRADOS EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN - ANÁLISIS DE ENTREVISTAS.....	42
<u>Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones.....</u>	<u>55</u>
<u>Bibliografía.....</u>	<u>59</u>

## **Índice de Figuras**

FIGURA 1. RESUMEN METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DE CASO .....	12
FIGURA 2. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO .....	17
FIGURA 3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD.....	21
FIGURA 4. EL HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTES - AYER Y HOY. ....	38
FIGURA 5. EVENTOS Y CRONOLOGÍA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN .....	42
FIGURA 6. ETAPAS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN .....	46

## Indice de Tablas

TABLA 1. CONDICIONES RELEVANTES PARA LOS DIFERENTES METODOS DE ESTUDIO DE CASO	10
TABLA 2. PERSONAS ENTREVISTADAS .....	11
TABLA 3. TIPOLOGÍA DE LAS ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	26
TABLA 4. PRINCIPALES REFERENTES EN GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	29
TABLA 5. PRINCIPIOS DE LA “MANERA TOYOTA” .....	30
TABLA 6. CRITERIOS DEL MODELO EFQM.....	30
TABLA 7 PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO .....	32
TABLA 8. AMBITOS DE LA ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD .....	33
TABLA 9. REGLAS DE DECISIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN .....	35
TABLA 10 DESGLOSE DE ÁMBITOS, COMPONENTES, CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS MEDIBLES DEL MANUAL PARA ATENCIÓN CERRADA .....	36
TABLA 11 EJEMPLO ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA .....	37
TABLA 12 RESULTADOS HOSPITAL EGC METAS SANITARIAS LEY MÉDICA 2010.....	37
TABLA 13 RESULTADOS HOSPITAL EGC METAS SANITARIAS LEY 18834 - 2010 .....	37
TABLA 14. VALORES INSTITUCIONALES HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS.....	44
TABLA 15. MATRIZ DE CODIFICACIÓN .....	47

## **Índice de Gráficos**

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN CERRADA ACREDITADOS POR AÑO	8
GRÁFICO 2. COBERTURA DE SALUD DE LA POBLACIÓN SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL .....	18
GRÁFICO 3. DOTACIÓN DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS.....	39
GRÁFICO 4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS.....	40

## Introducción

El presente estudio analiza el proceso de acreditación de la calidad conducido por el equipo de salud del hospital Exequiel González Cortés entre mediados del 2009 y fines del 2011. A través del análisis de los eventos centrales del proceso y de entrevistas a actores clave, busca identificar los factores que permitieron su éxito.

La acreditación de la calidad de las instituciones de salud es una política pública sanitaria de reciente diseño e incipiente implementación. Establecida como uno de los ejes de la reforma sanitaria del 2005, ha tenido un muy lento avance. A la fecha, menos del 15% del total del universo de prestadores se encuentran acreditados (Superintendencia de Salud, 2014). Es una de las múltiples estrategias que, tanto los gobiernos como las instituciones usan para mejorar la calidad de las intervenciones, pudiendo entenderse como una estrategia de gestión (dado que implica la articulación de procesos y movilización de recursos en una institución determinada) y a la vez como una política pública (dado que está incluida en la ley y ha sido definida como obligatoria en varios países).

El hecho que el hospital Exequiel González Cortés haya sido el primer hospital público en lograr la acreditación en el país, lo transforma en un sujeto interesante de estudio. Es bien sabida la enorme dificultad subyacente en la gestión de instituciones de salud pública en Chile (basta recordar la deuda histórica -todavía en aumento- y los recurrentes conflictos gremiales que generalmente concluyen en paros), por lo que entender los factores facilitadores del proceso en este hospital, permitiría generar recomendaciones que pudieran apoyar futuros procesos de acreditación. El valor público, en este sentido, es incuestionable.

Primero, se describen aspectos metodológicos y antecedentes relevantes al caso, dentro de lo que destaca la situación actual de los hospitales del país en relación a la acreditación.

Los capítulos I, II, III y IV, desarrollan el marco conceptual. Se describe primero, los aspectos principales de la organización del sistema de salud en Chile y los hitos más relevantes de los últimos años. Destaca, en esta parte, la reforma sanitaria del año 2005 que establece, en una de las leyes promulgadas, la calidad de la atención sanitaria como un imperativo legal. Se analiza luego el concepto de calidad asistencial, poniendo énfasis en su evolución histórica y en su vínculo con el desarrollo de la asistencia sanitaria. Además, se presentan las estrategias que progresivamente han desarrollado los gestores sanitarios para mejorar el nivel de calidad de las instituciones de salud. Se proveen también definiciones básicas que permiten entender la relevancia de la implementación de modelos de gestión de la calidad en hospitales en general y de la acreditación, en particular. Se presenta además una breve caracterización del hospital Exequiel González Cortés, incluyendo información de su equipo de salud, organización interna e indicadores.

El capítulo V, describe el proceso de acreditación. Se expone primero un resumen narrativo identificando los eventos principales del proceso y luego, la sistematización de las respuestas de los entrevistas en una matriz de codificación abierta. Esto, en base a la información recogida en el trabajo de campo.

Finalmente, el capítulo VI, presenta las conclusiones y recomendaciones. Estas últimas en formato de estrategias concretas que se sugiere, sean consideradas por los gestores públicos sanitarios al liderar procesos de acreditación.

## Antecedentes

La calidad de la atención sanitaria es un tema que genera cada vez mayor preocupación tanto en la comunidad especializada en temas de salud, como en la opinión pública; fundamentalmente, por los altos costos asociados a la baja calidad, que se traducen en eventos adversos de gran impacto mediático cuando son de conocimiento masivo<sup>1</sup> y que deterioran diariamente la calidad de vida de la población.

Adicionalmente, conllevan un importante costo económico. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estimado que las atenciones inseguras - y por consiguiente de baja calidad- pueden generar pérdidas hasta por US\$ 29.000 millones por año.

Desde 1951<sup>2</sup> la acreditación de las instituciones que prestan servicios de salud, se ha ido transformando progresivamente en una de las estrategias más aceptadas para mejorar la calidad y seguridad de las atenciones de salud. Durante las últimas décadas, incluso, algunos países como España (Bohigas, 2011) y Francia (Fernández, 2009) la han establecido como política de estado. En lo sustancial, la acreditación se traduce en la certificación del cumplimiento de estándares estructurales y de procesos relacionados a la atención sanitaria.

En Chile, la reforma de salud del 2005 estableció la “garantía de calidad”, que se traduce como el derecho de las personas a recibir cierto grupo de prestaciones con un nivel mínimo de calidad. La ley AUGE -parte de la misma reforma- estableció que para que esta garantía se concretara, los profesionales, hospitales y clínicas que otorgaran dichas prestaciones deben estar acreditados e inscritos en la Superintendencia de Salud. La ley AUGE además, estableció las garantías de acceso, oportunidad y financiamiento.

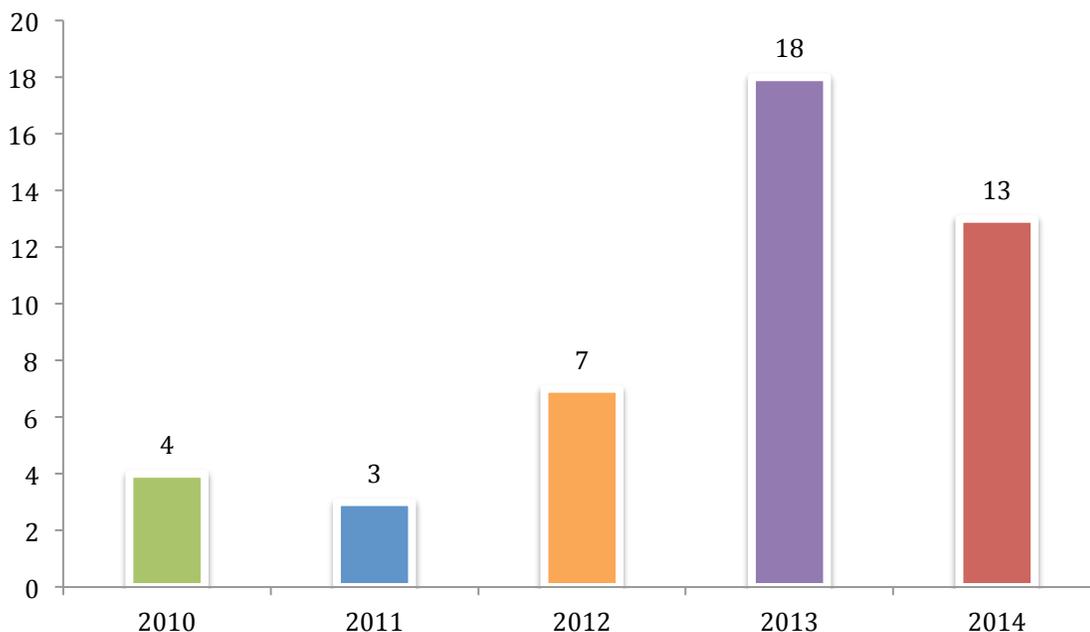
Sin embargo, de las cuatro garantías establecidas en la Ley AUGE, la garantía de calidad ha sido hasta hoy, la mas compleja de implementar. Tal es así, que ha debido postergarse su exigibilidad, dado que el proceso de acreditación de hospitales y clínicas ha sido excesivamente lento. De los 355 establecimientos de atención cerrada -es decir, que prestan atención para pacientes hospitalizados- sólo 45 (13%) están acreditados (gráfico 1).

---

<sup>1</sup> Cabe señalar: caso “Nacimientos en baño de hospital” (EMOL 2010), caso “cesáreas” en hospital Félix Bulnes (La Tercera, 2009), “guaguas cambiadas en hospital de Talca (La Nación, 2005), entre muchos otros.

<sup>2</sup> Fecha de creación de la “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), agencia norteamericana no gubernamental que elaboró el primer manual de acreditación sanitaria.

**Gráfico 1. Evolución de Establecimientos de Atención Cerrada Acreditados por año.**



Fuente: Elaboración propia en base a información sitio web Superintendencia de Salud

Múltiples hipótesis podrían explicar esta situación. Primero, la acreditación requiere el trabajo coordinado de muchas personas, con distintos niveles de conocimiento y muchas veces, distintos intereses. Entusiasmar a los equipos y alinear la estrategia de organizaciones compuestas por entre 500 y 1500 funcionarios, reviste un desafío mayor para cualquier alta dirección. Adicionalmente, la compleja cultura organizacional es comúnmente considerada como una de las restricciones mayores a cualquier cambio organizacional que se busque.

Segundo, el sector salud chileno presenta problemas estructurales de financiamiento (Zúñiga, 2007). A nivel local esto genera, por un lado, que el personal destine prácticamente la totalidad de su tiempo a labores clínicas - quedando relegada la revisión de procesos e implementación de prácticas de gestión- y por otro, que existan pocos incentivos económicos para que los equipos hagan tareas adicionales.

En tercer lugar, los cargos directivos a nivel institucional y los cargos de alta gestión, a nivel ministerial, tienen una muy alta rotación. Actualmente, la permanencia promedio de un directivo elegido bajo el sistema de alta dirección pública es de 2,6 años (Centro de Sistemas Públicos, 2014), siendo que el sistema está diseñado para que el directivo complete periodos de tres, renovables por una vez.

En este contexto, el Hospital Exequiel González Cortés surge como un caso de excepción. Perteneciendo a uno de los Servicios de Salud más demandados del país, y con el mismo sistema de gestión y financiamiento que el resto de los hospitales públicos, el 2011 logra conseguir la acreditación de calidad; convirtiéndose en el primer hospital público chileno en hacerlo.

## **Objetivos**

### *Generales*

Identificar los factores de la gestión hospitalaria que contribuyen a implementar exitosamente un modelo de gestión de la calidad; y hacer recomendaciones para una acreditación eficaz y eficiente.

### *Específicos*

1. Identificar aspectos críticos de la gestión involucrados en el proceso de acreditación de la calidad en el Hospital EGC.
2. Analizar las características, fundamentos, criterios y sub-criterios del Modelo de Gestión de Calidad (MGC) definido por la ley AUGE para los hospitales de Chile (Centros de atención cerrada), y su aplicabilidad en el sistema de salud secundario.
3. Generar recomendaciones para el proceso de acreditación de los centros de atención cerrada en Chile en base a los hallazgos detectados.

## **Metodología**

La metodología elegida es el “estudio de caso de tipo explicativo”; tomando como referencia las tres condiciones descritas por *Robert Yin* (2008) para la investigación en ciencias sociales: El tipo de pregunta de investigación, el grado de control del investigador sobre las conductas de los actores, y el grado de enfoque en eventos contemporáneos - en oposición a eventos históricos (tabla 1).

La pregunta de investigación, “¿cuáles son los factores de éxito?”, refleja la necesidad de entender el “cómo” y “por qué” ocurrieron ciertos eventos, lo que le otorga el carácter de “explicativo” al estudio.

En tanto, el grado de control o la posibilidad de intervención del investigador sobre la conducta de los actores que participaron en los eventos es nulo. De ahí deriva la preferencia de este tipo de metodología, por sobre las de tipo experimental, en las cuáles se entiende la investigación como una intervención sobre los sujetos estudiados. El enfoque “procesal” explica, por otro lado, la preferencia del método estudio de caso por sobre otros métodos como las “encuestas” o el “análisis de archivos” (Barcelay y Cortázar, 2004).

En relación a la temporalidad, este estudio aborda un evento reciente, ocurrido dentro de los últimos cinco años. Es posible, por lo tanto, acceder a gran parte de la documentación del proceso, así como también obtener de primera fuente la versión de los actores involucrados en éste. Este es uno de los aspectos centrales de este estudio y que sustenta el trabajo de campo.

**Tabla 1. Condiciones relevantes para los diferentes métodos de estudio de caso**

Método	Tipo de Pregunta de Investigación	¿Requiere control de conductas de los actores?	¿Existe enfoque en eventos contemporáneos?
Experimento	Cómo, por qué	Si	Si
Encuesta	Quién, qué, dónde, cuanto, cuantos	No	Si
Análisis de archivos	Quién, qué, dónde, cuanto, cuantos	No	Si/No
Reconstrucción histórica	Cómo, Por qué	No	No
Estudio de Caso	Cómo, Por qué	No	Sí

Fuente: (Barcelay y Cortázar 2004)

Posterior a definir el objetivo principal, se eligió un caso de éxito -el Hospital Exequiel González Cortés- cuyo estudio se utilizó como un medio o instrumento para comprender aspectos generales de la gestión y resolver la pregunta de investigación. Esto es un aspecto característico de los estudios de caso “instrumentales”, definidos como los que buscan responder una inquietud, pregunta o problemática global, que excede la experiencia analizada; a diferencia de los estudios intrínsecos, cuyo alcance no excede el estudio del caso en cuestión (Barcelay y Cortázar 2004).

Posteriormente, en el marco conceptual, se desarrollaron tres conceptos centrales para entender el proceso de acreditación. Primero, se analizaron los aspectos clave del sistema de salud en Chile, con el objeto de entender el significado de implementar un cambio organizacional de esta magnitud en un hospital chileno. Segundo, se analizó el concepto de “calidad y seguridad del paciente”, donde se busca establecer por qué es relevante gestionar la calidad en las instituciones de salud. Finalmente, se estableció un marco básico para entender la génesis de los modelos de gestión de la calidad en general y del modelo chileno, en particular.

El trabajo de campo (figura 1) consistió en la revisión bibliográfica de antecedentes del proceso de acreditación del Hospital Exequiel González Cortés (EGC) y en la entrevistas semi-estructuradas a 16 actores internos relevantes (tabla 1). La pauta de entrevistas (anexo 1) buscó, por un lado, reconstruir el proceso considerando la interpretación de los actores que participaron en él, y además, recoger sus percepciones respecto a que factores determinaron el éxito.

La revisión bibliográfica se realizó en base a dos grupos de fuentes. Primero, se revisaron documentos disponibles en la internet dentro de los que destacan los sitios web del Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Sur, HEGC y la Superintendencia de Salud. Complementariamente, se revisaron archivos de prensa disponibles en esa fecha. Luego, se revisó documentación interna como: actas de reuniones, material de difusión local, boletines, folletos, memorándums, entre otros. La selección de estas últimas fuentes se realizó en base a las sugerencias de los entrevistados.

La selección de los entrevistados se realizó por conveniencia. Por un lado, se seleccionó a las personas cuyo rol se relacionara directamente a la acreditación de la calidad; por otro, se

seleccionó a personas que, sin necesariamente tener designado un rol directo en la acreditación, participaron activamente. Finalmente, se seleccionó a funcionarios sin especial vínculo formal con el proceso. Se incluyó además, entrevistas a representantes de las organizaciones gremiales del Hospital.

**Tabla 2. Personas entrevistadas**

Cargo
Directora
Jefa de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
Encargada de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
Subdirectora de Enfermería
Asesor médico unidad de Control de Gestión
Secretaria de la Dirección
Jefe de Urgencia
Encargada de Capacitación
Encargado de Comunicaciones
Técnico Paramédico Unidad de Emergencia - Ex tesorera FENATS
Enfermera Supervisora Pediatría
Técnico Paramédico Unidad de Rayos
Jefe Centro de Responsabilidad “Gestión del Usuario”
Encargada de área “Oncología” Unidad de Farmacia
Médico ex presidente capítulo médico Colegio Médico
Auxiliar de Servicio

De esta manera, los resultados se presentan en:

1. Un resumen narrativo, que presenta esquemática y cronológicamente los principales eventos del proceso de acreditación.
2. El análisis de las dimensiones y variables seleccionadas, que busca caracterizar los factores de éxito del proceso.

**Figura 1. Resumen Metodología del Estudio de Caso**



Fuente: Elaboración Propia.

Es importante señalar que se eligió el método narrativo -en complemento al análisis de entrevistas para identificar los factores- porque permite visualizar y entender las complejas interacciones que ocurren durante la acreditación de la calidad. No debe ser la acreditación vista como un serie de eventos aislados ni como producto de distintos factores que sólo confluyen en tiempo y lugar. Sino mas bien como el resultado de un proceso, en parte diseñado y en parte consecuencia de un entorno multifactorial. El estudio de los puntos de conexión entre un evento y otro es clave para entender el resultado final, y de su análisis posterior surge la riqueza de la investigación (Barcelay y Cortazar, 2004; citando a Abbott , 2001 y Polkinghorne, 1998).

Luego, se exponen las conclusiones, tomando como marco de referencia la pregunta de investigación y los objetivos, y finalmente, se proponen siete recomendaciones concretas. Estas últimas están fundamentalmente dirigidas a directivos que deciden adentrarse en el complejo desafío de gestionar la calidad en sus instituciones y lograr la acreditación.

## **Capítulo I. Gestión Sanitaria en Chile y estructura de los sistemas de salud públicos**

### **Trayectoria y configuración del sistema de salud chileno**

La historia contemporánea del sistema de salud chileno está marcada por dos grandes procesos: La implementación de una serie de políticas públicas de descentralización y privatización, en la década de los 80; y la promulgación de la reforma de salud del año 2005, bajo el gobierno de Ricardo Lagos. Como se verá mas adelante, esta vital reforma sienta las bases de la acreditación como política pública.

Hacia mediados de los años 70 el sistema de salud en Chile había mostrado avances significativos producto de la rápida incorporación de los avances tecnológicos y de garantías sociales universales. Los indicadores de salud más importantes mostraban notables resultados: Esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y mortalidad general, entre otros. Sin embargo, paralelamente, aparecían ciertos déficits estructurales en dos grandes áreas: Acceso a salud, con un 20% de la población que no cotizaba; y administración del financiamiento, con una estructura predominantemente centralizada y burocrática (Miranda, 1990). Dos sistemas públicos coexistían en paralelo. El Servicio Nacional de Salud (SNS), financiado mediante impuestos y descuentos de salario; cubría a los obreros, trabajadores menos calificados e indigentes, quienes recibían salud libre de cargo. Este grupo representaba el 60% de la población. Por otra parte, el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), financiado a través de descuentos de salario, y gasto directo de los usuarios, cubría a los empleados públicos y privados (60% de la población), quienes tenían también acceso mediante “libre elección” a salud privada. Finalmente el sistema de salud militar cubría 5% de la población y el sector privado 10% (Annick, 2002).

En este contexto, la dictadura militar impulsó una reforma estructural, acorde a su ideología económica liberal, cuyos cambios centrales fueron: La reorganización del sistema publico con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que reemplazó el rol financiero del SNS y al SERMENA (Annick, 2002); la descentralización del aparato prestador con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); la municipalización de la atención primaria, y la creación de compañías privadas aseguradoras -Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) - que operaron en un ambiente de mercado extremadamente desregulado (Lenz, 2007). Estas estructuras, sentaron las bases de un sistema inequitativo y segregado; que en gran medida, explica la profunda desigualdad en el ingreso presente hasta hoy.

Las cambios impulsados durante la década de los noventa, si bien buscaron mejorar el financiamiento del sector público -severamente deteriorado posterior a la dictadura- no modificaron sustantivamente el carácter mixto (publico/privado), tanto de la estructura de financiamiento, como de los prestadores de salud. Entre estos destacaron: (a) la Ley 18.933 que crea la Superintendencia de ISAPRES y modifica la legislación de dichas instituciones, en 1990 (MINSAL, 2013); (b) una potente política de aumento del gasto público, que se focalizó principalmente en los salarios -cuyo valor real se duplica en 1996- y en inversiones, cuyo valor es de un 1.000% mayor en 1995, comparado con 1986; y (c) la reforma de salud del 2005.

## Reforma a la salud del año 2005

A fines de la década de los noventa, el sistema de salud chileno presentaba una serie de problemas estructurales; algunos que se arrastraban desde la década anterior -como ya se ha señalado- y otros de aparición reciente: (a) Alto grado de inequidad en el acceso a las prestaciones del sistema de salud, dado principalmente por las diferencias entre el sistema FONASA e ISAPRE; (b) Deficiencias en la gestión de establecimientos de salud, tanto de nivel primario -consultorios- como a nivel secundario -Hospitales- destacando gran nivel de ineficiencia y descoordinación de las redes centrales y regionales; (c) Falta de regulación de planes y atenciones en el subsistema privado; (d). Inadecuación del sistema de salud para adaptarse a los cambios propios del perfil epidemiológico de la población; y (d) Insuficiencia en el financiamiento, principalmente en el sector público (Lenz, 2007)

En este escenario, bajo el Gobierno del presidente Ricardo Lagos, se impulsó la reforma de salud, que incluía varios proyectos de ley, organizados en cinco pilares:

1. *Ley de Autoridad Sanitaria (Ley 19.937, año 2004)* que reestructura el Ministerio de Salud Fundamentalmente, crea dos subsecretarías, la Subsecretaría de Salud Pública, con un fuerte rol en el diseño de políticas y en la regulación sanitaria; y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que se dedica a gestionar los establecimientos dependientes del sistema público (fundamentalmente los hospitales), a monitorizar indicadores de actividad asistencial y a implementar políticas sanitarias. Crea además los “Hospitales auto-gestionados en red”,

2. *Ley de “Acceso Universal a Garantías Explícitas” (AUGE)(Ley 19.966, año 2005)* , que establece cuatro garantías para la atención de un grupo de patologías priorizadas. Las garantías son acceso, oportunidad, financiamiento y calidad. Es a partir de esta última garantía, que surge la obligatoriedad de acreditarse en estándares de calidad a todos los establecimientos que otorguen atenciones incluidas en la ley AUGE. Las patologías cubiertas por esta ley se han incorporado gradualmente al sistema GES, partiendo con XX patologías el 200X hasta 80 patologías el año 2014.

3. *Ley de ISAPRES (Ley 20015, año 2005)*, que crea un régimen especial de supervigilancia y control de la actividad de las ISAPRES, y que regula los reajustes de precios de los planes de salud, la elaboración de aranceles o catálogos valorizados de prestaciones; la difusión de información por parte de la superintendencia y el acceso a información de prestadores en convenio y el registro de venta.

4. *Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes*, que regula los derechos y deberes que tienen las personas vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, sean estos públicos o privados.

5. *Ley de financiamiento del plan AUGE*, que considera el incremento del impuesto al valor agregado y a impuestos específicos, para sustentar los cambios introducidos por la ley en el tiempo.

La implementación de las distintas leyes comprendidas en la reforma, no ha estado libre de complicaciones. Por un lado, operativamente durante los primeros años quedó demostrado la baja capacidad gestora del sistema en su conjunto. Las “garantías” tardaron en traducirse en cambios efectivos para los usuarios, los nuevos protocolos no eran aplicados por un cuerpo médico

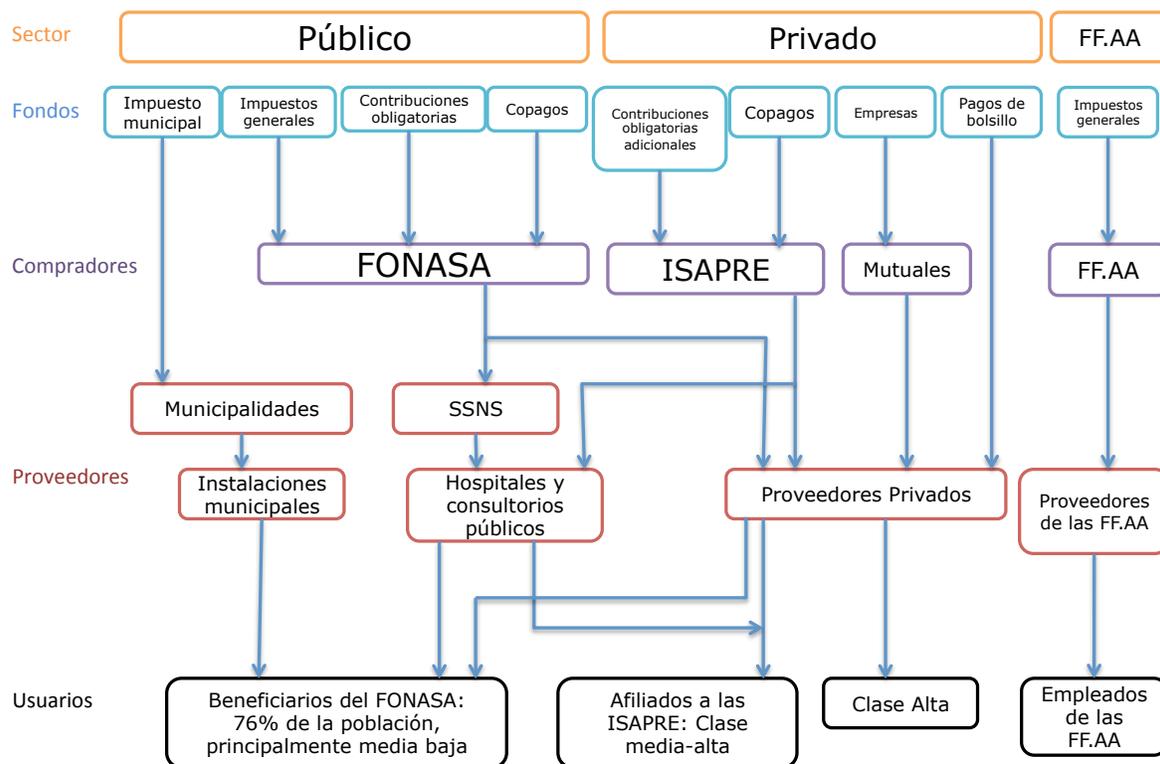
acostumbrado a un gran nivel de discrecionalidad en la toma de decisiones y el nivel de insatisfacción de la población con el sistema de salud se mantuvo alto. Por otro lado, el financiamiento de las nuevas estrategias fue siempre insuficiente, lo que generó que finalmente se terminara priorizando los pacientes “AUGE”, por sobre los pacientes “no AUGE”. Además, las listas de espera para atención médica especializada e intervenciones quirúrgicas se han mantenido hasta hoy en un nivel alto (especialmente las no AUGE).

Finalmente, en lo relacionado a las acreditación de prestadores de salud, la evolución ha sido lenta. Como fue señalado, al día de hoy solo el 13% de los hospitales a completado exitosamente su proceso de acreditación. El tema de la calidad de las atenciones de salud y la implementación de política sanitaria, además, ha quedado relegado de la agenda pública, dejando en un lugar mas visible los cambios relacionados al área tributaria, constitucional y educación.

### Estructura actual del sistema de salud chileno

Chile tiene hoy un sistema de salud mixto compuesto fundamentalmente por dos sectores, público y privado (Figura 2). Además, un pequeño sector de la población está cubierto por otros sistemas de salud, como el de Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas (FF.AA)

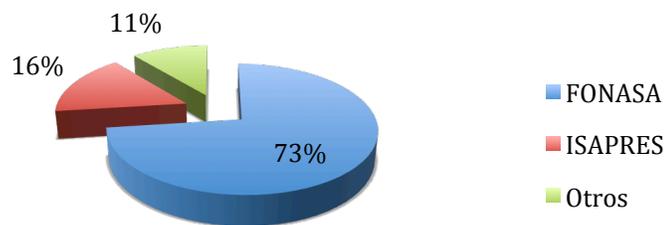
**Figura 2. Estructura del Sistema de Salud Chileno**



Fuente: Modificado de Becerril-Montekio V. Sistema de Salud en Chile, Rev Salud Pública en México, vol 53, sup 2, 2011

El sistema público cubre al 73% de la población (FONASA, 2012) y el sistema privado (ISAPRES) el 16% (Superintendencia de Salud, 2012); los otros sistemas (FF.AA, PRAIS<sup>3</sup>) cubre el 11% restantes (Gráfico 2). Coexiste en paralelo, un sistema de salud mutual, conformado por 3 empresas sin fines de lucro, que da cobertura a los trabajadores frente a accidentes derivados del trabajo, del trayecto y enfermedades profesionales, y que es financiado tanto por los empleados y por los dueños de las instituciones (Ley 16.744).

**Gráfico 2. Cobertura de salud de la población según sistema previsional**



Fuente: Elaboración propia en base a datos FONASA y Superintendencia de Salud 2012

La provisión de los servicios de salud en el área pública está a cargo de las municipalidades - quienes administran los centros de atención primaria en la mayoría de las comunas- y de los 29 Servicios de Salud que dependen del Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Estos últimos, gestionan los Hospitales públicos, los centros de salud públicos de nivel primario y secundario de todo el país, y tienen a cargo la supervisión técnica de los establecimientos municipales. Las ISAPRES en tanto, proveen servicios en sus propias instalaciones, en otras del sector privado, o en instituciones del sector público.

Los resultados del sistema sanitario chileno pueden ser catalogados como favorables, si se compara con el resto de Latinoamérica, y como mediocres, si se compara con los países de la OCDE.<sup>4</sup> Dentro de los indicadores de salud pública más relevantes destaca que el 2013, la esperanza de vida al nacer en Chile alcanzó los 80 años, la cifra más alta en Latinoamérica, superando incluso la de Estados Unidos (Organización Panamericana de la Salud, 2013) La mortalidad materna, en tanto, fue de 18 por cada 100.000 nacidos vivos (n.v.), ocupando el 2<sup>a</sup> lugar luego de Puerto Rico. En cuanto a mortalidad infantil<sup>5</sup>, Chile también ocupó el segundo lugar, luego de Cuba, con 7,7 defunciones por cada 1.000 n.v.

<sup>3</sup> PRAIS: “Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud”. Programa establecido en 1991, para prestar atención de salud a víctimas de la dictadura.

<sup>4</sup> Chile ingresó a la OCDE el 2010. Se eligió esta comparación, entendiendo que progresivamente, estos estándares se asocian a excelencia o mayor nivel de desarrollo.

<sup>5</sup> Si bien el indicador de mortalidad infantil (Nº de defunciones de niños dentro del primer año de vida), puede estar determinado por variadas causas, se considera un indicador sensible para evaluar el bienestar global de una población (Rada, 2007)

Sin embargo, la situación es distinta al comparar con el resto de los países de la OCDE. Dentro de este grupo, el 2011<sup>6</sup> Chile ocupó el lugar 27 de 34 países, en términos de esperanza de vida con 78,3 años. Por su parte, el mismo año tuvo la tercera peor cifra de mortalidad infantil del grupo, con 7,7 por cada 1000 n.v., sólo superando a Méjico y Turquía.

Hoy es posible afirmar que Chile se encuentra iniciando su camino al desarrollo en términos sanitarios, con la exigencia de cambios que permitan ya no sólo garantizar un estándar básico sanitario para sus ciudadanos, sino también un sistema de mayor equidad, calidad y seguridad.

Los próximos desafíos para el sistema de salud chileno están focalizados principalmente a la gestión del sistema público, dentro de los que destacan<sup>7</sup> (a) Avanzar en un sistema que genere mayor equidad, (b) fortalecer la red pública de prestadores (c) mejorar la calidad de la atención (d) fortalecer la atención primaria (e) mejorar el financiamiento de los medicamentos de alto costo (f) aumentar la cantidad de médicos en la red pública.

---

<sup>6</sup> Último año con datos comparables entre países de la OCDE.

<sup>7</sup> Cuenta pública de Michelle Bachelet J. Mayo 2014.

## Capítulo II. Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente

### Concepto de “Calidad” en Salud

Que existan múltiples definiciones de “calidad” es la prueba más clara de la complejidad del concepto. Por ejemplo, para quienes que no provienen del sector sanitario, calidad comúnmente alude a las características de un producto o servicio, que permiten catalogarlo como “bueno o “malo”<sup>8</sup>. En el sector comercial, calidad se refiere a la “percepción” o “fijación mental” de un cliente, respecto de un bien ofrecido. En el campo de la industria, Philip Crosby (1964), conocido por su teoría de la “gestión con cero defectos”, definió calidad como el “cumplimiento de especificaciones o la conformidad de requisitos”. Edward Deming, en tanto, incorporó los conceptos de costo y cliente, definiendo calidad como el “grado perceptible de uniformidad y fiabilidad, a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente”.

En el área de la salud, tampoco existe una definición única, aunque sí es posible distinguir algunos elementos característicos. Avedis Donabedian, médico pionero en el estudio y medición de la calidad asistencial, definió calidad de la asistencia sanitaria como “el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud”. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, define calidad como “aquella cualidad que permite que el paciente sea diagnosticado y tratado de forma correcta según los conocimientos actuales de la ciencia médica y según los factores biológicos con un costo mínimo de recursos, la mínima exposición de riesgo a un posible daño adicional y la máxima satisfacción del paciente.

La definición de la OMS es particularmente interesante, no sólo por que es exigente, sino por que contiene elementos clave. Por un lado incorpora el requerimiento del “conocimiento” y la “evidencia científica” en la atención de salud, lo que es particularmente relevante en un medio en el que la decisión clínica goza de alta autonomía, dado que es el médico quien, de acuerdo a su juicio, toma la mayor parte de las decisiones. Además, incorpora la visión de los “costos” de la atención, incluyendo no sólo los costos financieros, sino que los costos sanitarios por daño asociados a los “eventos adversos”. Complementariamente, incorpora los conceptos de “riesgo sanitario”, elemento intrínseco a la práctica clínica, y satisfacción del cliente (paciente), agregando el elemento de “percepción” en una práctica que históricamente ha medido sus resultados fundamentalmente, de acuerdo a parámetros biológicos.

### Dimensiones de la calidad

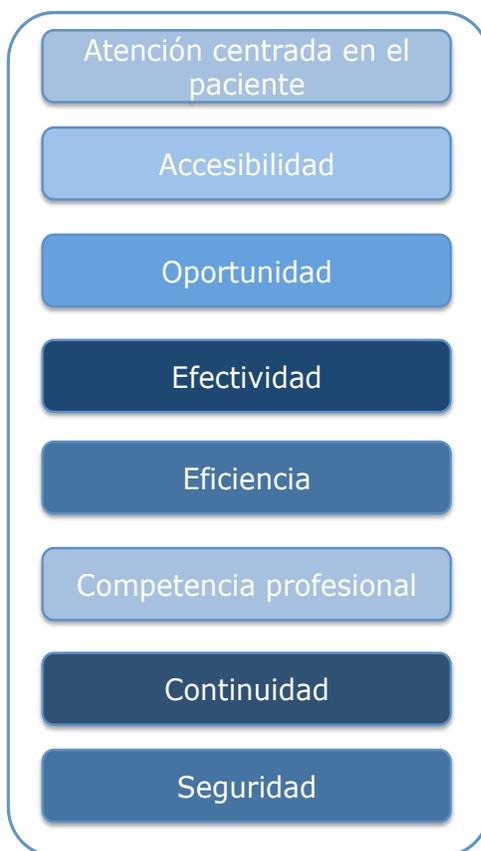
Los elementos en la definición de la OMS son el reflejo de la complejidad y variabilidad de la práctica sanitaria, lo que hace a su vez difícil la medición de la calidad. Por esto, para operacionalizar el abordaje de la medición de la calidad en los sistemas sanitarios, se han definido los “atributos” o “dimensiones” de la calidad. Los atributos funcionan como lineamientos estratégicos, en los que que los gobiernos, Ministerios de Salud u instituciones de salud, basan diversos programas y actividades. Por ejemplo, del atributo “competencia profesional”, es posible generar como estrategia, el hacer exigible alguna acreditación o certificación a algún profesional sanitario, o bien planificar actividades de capacitaciones específicas (como la capacitación en reanimación avanzada). De atributo “Oportunidad de la

---

<sup>8</sup> La “Real Academia Española define “Calidad” como : ”Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”.

atención”, se han generado múltiples planes para implementar sistemas de categorización de pacientes en urgencias y así evitar una atención “inoportuna” de un paciente de alta gravedad.

**Figura 3. Dimensiones de la Calidad**



Fuente: Elaboración propia en base a Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Fundación Europea para la gestión de la calidad (EFQM, por su denominación en inglés European Foundation For Quality Management)<sup>9</sup>

El atributo “Atención Centrada en el Paciente”, se define como la consideración integral u holística del individuo en la aproximación sanitaria. Esto es, considerar siempre al sujeto como ente a tratar y no enfermedades aisladas. Se relaciona directamente con la satisfacción usuaria.

Accesibilidad se define como la facilidad con que las personas acceden a un servicio sanitario. Evalúa las barreras a las que están expuestos los usuarios, ya sea de tipo estructural (oferta, horarios de atención), geográficas (distancia a un centro asistencial) financieras (capacidad de pagar por la atención) o culturales (factibilidad de encontrar el servicio sanitario que cada “tradicición” o costumbre” dicta).

<sup>9</sup> Existen múltiples “dimensiones”. Los que se exponen son los que figuran con mayor frecuencia en la literatura y que parecieran tener más aceptación por la comunidad sanitaria.

Oportunidad, dice relación que el momento en que la atención se otorgó considerando la necesidad del paciente. Decimos que una atención es “oportuna” si es otorgada en los tiempos que la naturaleza y urgencia de la patología lo requiera. Por ejemplo, para un paciente con un accidente vascular encefálico, una atención, para que sea oportuna, debe ser otorgada dentro de una hora. Una afección dermatológica, en cambio, puede ser evaluada luego de varios días, hasta semanas, y todavía ser oportuna.

La efectividad se define como la relación entre logro de resultados y eventos adversos (reflejo del daño indeseado asociado). Se determina juzgando si se puede esperar el máximo beneficio sanitario posible a partir de la asistencia dada -en promedio para pacientes de un tipo determinado (Donavedian, 1991). Decimos que una atención sanitaria es de alta efectividad cuando se consiguen los mejores resultados con los mínimos efectos adversos.

Eficiencia es la capacidad de lograr los mejores resultados globales -máximo beneficio con los mínimos efectos adversos- con los menores costos. Dicho de otro modo, mayor efectividad con menores costos.

Competencia profesional se refiere al nivel de conocimientos que poseen los profesionales y técnicos de un sistema sanitario, y a la habilidad de usarlos para contribuir a la mejora de la salud y la satisfacción de los pacientes. Considera el uso de técnicas avaladas por la evidencia científica al definir la manera de proceder adecuadamente. Existen diversas estrategias para incrementar la “competencia profesional” de un sistema. Entre las más conocidas se encuentran las “guías clínicas”, los “protocolos” y los “procedimientos”, que incluyen algoritmos para mejorar la toma de decisiones del personal de salud.

La continuidad de una atención se evalúa estimando la capacidad de un sistema sanitario de atender a un paciente en forma completa e ininterrumpida, hasta la resolución de su problema. Considera los múltiples componentes de un sistema y la capacidad de funcionar integradamente (Alcázar, Iglesias, 2009).

Finalmente, la dimensión Seguridad, se refiere al grado en el que los procesos sanitarios evitan, previenen y aminoran los efectos adversos o injurias que se generan del mismo proceso de salud (National Patient Safety Foundation, 2000).

## **Evaluación de la calidad asistencial**

De todos los modelos conceptuales para evaluar o monitorizar la calidad de un sistema sanitario, el más aceptado es el de A. Donavedian, quien define tres niveles de indicadores, “Estructura”, “Procesos” y “Resultados” (Donavedian, 1980)

Los indicadores de estructura (como contar con un equipamiento o dotación de profesionales adecuada) se refieren a los componentes (y sus características) del sistema. Representan condiciones necesarias para que se genere una atención de calidad, pero no suficientes. Medidos por sí solos, no aseguran que se genere una atención de calidad, por lo que deben ser complementados por la evaluación de los procesos.

Los indicadores de proceso (como la medición de la presión sanguínea, el recuento de orina de 24 horas, o el número de niños vacunados en una comunidad) son mediciones de cuánto y cómo se

entregan (apropiada e inapropiadamente) determinadas prestaciones de salud a una población. Requieren ser contrastados con un estándar, que debe estar basado en la evidencia clínica y ser consistente con el conocimiento científico (Institute of Medicine, 2001).

Los indicadores de resultado (como la supervivencia promedio de los pacientes a un infarto cerebral o la mortalidad por consumo de tabaco), buscan representar la medida en que el estado de salud de una población mejora o empeora, como consecuencia de la atención sanitaria.

Los indicadores de estructura, proceso y resultado, son complementarios al evaluar el funcionamiento de un sistema sanitario. Por ejemplo, si queremos evaluar la capacidad de un hospital en el ámbito ginecoobstétrico, podemos partir evaluando la cantidad de matronas o ginecólogos por población consultante (estructura); luego evaluar el porcentaje de pacientes que reciben anestesia epidural o el porcentaje de pacientes que deben ser intervenidas vía cesárea (proceso); para finalmente evaluar el porcentaje de pacientes con complicaciones asociadas al parto o calcular la mortalidad materna.

### **Relevancia de la gestión de la calidad asistencial**

El tema de la calidad asistencial genera cada vez más interés entre los distintos organismos relacionados a la gestión sanitaria, principalmente por los daños que se generan producto de atenciones inseguras y de baja calidad. En este sentido surge el concepto de “evento adverso” (EA) como el producto intermedio entre baja calidad y daño.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2008), por ejemplo, casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados, reconociendo que se conoce mucho menos la carga de atención insegura en entornos diferentes a los hospitales.

Del punto de vista económico, los datos también son categóricos. La misma organización estima que las atenciones inseguras generan gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29000 millones por año. Basta considerar que el solo costo anual generado por inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos.

La importancia del tema fue tal, que motivó a la OMS a establecer la “Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente” el 2004. La Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE), por su parte, desarrolló entre el 2001 y el 2006 el proyecto “Indicadores de Calidad en Salud”, con el objetivo de obtener un set de indicadores que otorgaran una mirada robusta de la calidad en salud y que pudiera ser confiablemente reportada por todos los países usando datos comparables. Ambas políticas serán abordadas a continuación, dentro de las políticas globales en gestión de la calidad.

En Estados Unidos, el informe “To Err is Human” (Institute of Medicine, 1999), del Comité para la Calidad en Salud en Estados Unidos”, basado en dos estudios (Colorado-Utah y New York) encontró que en un 5,5% de las hospitalizaciones ocurren eventos adversos. Además, calculó que el 10% estos conducen a la muerte y -lo más preocupante- que más de la mitad de ellos son prevenibles.

A nivel latinoamericano, el proyecto IBEAS (2009), dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la OMS, en colaboración con los ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud; encontró que la prevalencia de eventos adversos (EA) en los 58 hospitales estudiados de cinco países, fue de 11,85%. Los EA más frecuentes fueron: infecciones intrahospitalarias, EA asociados a procedimientos y EA asociados a la medicación.

Finalmente, en Chile, un estudio de incidencia de eventos adversos en el Hospital Padre Hurtado el 2008, mostró una tasa de 8,3% de EA, mientras que un estudio de similares características en la Clínica Vespucio, encontró una tasa de 6,2% (Lancis-Sepulveda, 2014).

### **Estrategias para la gestión de la calidad asistencial**

Las estrategias para abordar la calidad asistencial, mejorar la seguridad en la atención clínica y disminuir (o evitar) los eventos adversos, son complejas y diversas. Estas han sido diseñadas e implementadas por organismos internacionales, fundaciones, sociedades; por los países y sus instituciones sanitarias; o bien por las propias instituciones. Con el objeto de proveer un marco general de análisis, estas estrategias se organizarán de acuerdo a su tipo, en “Política” o estrategia de “Gestión” (tabla 2).

Entre las estrategias a nivel de política sanitaria, se distinguen primero, las de nivel global, dirigidas principalmente por la Organización Mundial de la Salud y sus oficinas regionales (En Latinoamérica la Organización Panamericana de la Salud) y por otros organismos multinacionales como la OCDE. Estas buscan principalmente impulsar a los países a generar estrategias de mediano y largo plazo. En segundo lugar, se encuentran las políticas nacionales para la calidad, dentro de las que destacan la inclusión de la calidad de las prestaciones sanitarias como una garantía legal.

Las estrategias a nivel de gestión sanitaria se centran en dos niveles: El nivel central (Ministerio, o Servicio de Salud), que diseña e implementa gestiones que afectan “transversalmente” a todas las instituciones del país; y el nivel local (hospitales, consultorios, clínicas) que implementa estrategias en las unidades clínicas de una institución. Estas últimas son fuertemente dependientes de los liderazgos locales y son las que finalmente inciden de manera más directa en la atención de pacientes.

Complementariamente, cabe señalar que estas estrategias no funcionan aisladamente unas de otras, sino que interactúan y presentan relaciones de interdependencia.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (World Alliance for Patient Safety, originalmente en inglés) es una iniciativa que la OMS lanzó el 2004, y que tiene como objetivo promover la investigación y facilitar la utilización de sus resultados en pro de una atención sanitaria más segura y una reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes en todos los Estados Miembros de la OMS (OMS, 2004). Hasta ahora, ha lanzado varios programas transversales, como la campaña mundial “Una atención limpia es una atención más segura” que promovió el fortalecimiento global de prácticas -dentro de las que destaca el lavado de manos- para disminuir las infecciones generadas por la atención sanitaria (OMS, 2005); y el programa de investigaciones de la Alianza mundial para la Seguridad del Paciente, enfocado en: difundir y

promover la adaptación local de la agenda de investigación mundial para mejorar la seguridad de la atención; desarrollar alternativas de formación en la investigación sobre la seguridad del paciente, dirigidos a capacitar líderes para el cambio en la atención sanitaria; y financiar proyectos de investigación prometedores en seguridad del paciente, entre otros.

**Tabla 3. Tipología de las estrategias para la gestión de la calidad y la seguridad del paciente**

Tipo	Nivel	Estrategia
Política Sanitaria	Global	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alianza Mundial para la Seguridad del paciente (OMS)</li> <li>• Health Care Quality Indicators Project (OCDE)</li> </ul>
	Nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantía legal de la calidad asistencial.</li> <li>• Política de Acreditación institucional de la Calidad</li> </ul>
Gestión Sanitaria	Central	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de “estándares” de organización y de provisión de servicios.</li> <li>• Elaboración de “indicadores transversales” para la gestión de la calidad.</li> <li>• Promoción de la gestión por Procesos</li> </ul>
	Local	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acreditación institucional de la calidad</li> <li>• Monitoreo de indicadores.</li> <li>• Identificación y monitorización de eventos adversos/eventos centinela.</li> <li>• Establecimiento de comités locales para la gestión de la Calidad.</li> <li>• Implementación de Pautas de Supervisión</li> <li>• Implementación de Guías Clínicas, Protocolos y Procedimientos.</li> <li>• Acreditación de profesionales de la salud</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Otros tema abordado por la Alianza es la promoción de la seguridad de los pacientes que se someten a intervenciones quirúrgicas. Bajo el lema “Cirugía segura salva vidas”, el 2008 la OMS difundió guías clínicas con el objeto de ayudar a disminuir los errores quirúrgicos.

El interés de la OCDE en la promoción de la calidad asistencial y la seguridad del paciente ha sido creciente, fundamentalmente durante los últimos 15 años, siendo dos las principales estrategias que ha liderado.

En primer lugar destaca el proyecto “Indicadores para la Calidad Sanitaria” (Health Care Quality Indicators Project, originalmente en inglés). Esta iniciativa, que comenzó el 2001, analizó fundamentalmente, “qué” dimensiones de la calidad deben ser medidas y “cómo”, refiriéndose básicamente, al diseño y sección de los indicadores que debían ser usados. Generó su informe final el 2006, concluyendo, entre otras cosas, que la selección de los indicadores de cada país debe realizarse de acuerdo a la experiencia local. Dicho de otro modo, cada nación debe avanzar a su ritmo, aceptando la gran variabilidad entre estados.

Respecto a la forma de medición de indicadores de calidad, el proyecto de la OCDE estableció que el set de indicadores debe basarse considerando tres grandes criterios: 1. La importancia de lo que se mide, 2. La coherencia científica del indicador 3. La relación factibilidad/costo de la obtención de la información. Estos “simples” conceptos, de alguna forma están muy presentes en gran parte de las estrategias que hoy en día se implementan para monitorizar la calidad.

Este proyecto fue más bien un punto de partida, dado que actualmente ya tiene incorporado un set de indicadores específicos, que se revisan anualmente, dentro de sus reportes de indicadores de salud habituales (Health at a Glance, OCDE 2013)

A nivel de países, la regulación y legislación para garantizar la calidad asistencial es quizás la estrategia más relevante en términos de política pública, dado que impone una obligatoriedad y una herramienta de “presión” al sistema sanitario. Tal es la relevancia, que a la fecha, los 19 países de Latinoamérica han legislado, de alguna manera, en el tema de calidad asistencial y seguridad del paciente (OPS, 2012). A manera de ejemplo, en Colombia y Costa Rica se anuncia la continuidad de la atención como un principio del sistema de salud. En Nicaragua y Venezuela la continuidad aparece como un principio en las leyes generales de Salud. En relación a aspectos relativos al paciente, Las leyes generales de Nicaragua, República Dominicana y México incluyen la “carta de derechos”. En Argentina, Panamá y Uruguay, existen regulaciones específicas que resguardan los derechos de los pacientes.

Otra estrategia usada con frecuencia a este nivel, es definir una política de acreditación de los prestadores de salud. En España, por ejemplo, uno de los cuatro pilares estratégicos en que se sustenta la política de calidad asistencial en el sistema nacional de salud, es la acreditación de prestadores. Los otros tres son: elaboración de estándares de organización de servicios sanitarios, elaboración de indicadores de calidad y Gestión en base a buenas prácticas (Bohigas, 2001).

En Chile, este tema reviste especial interés, dado que la reforma de salud del 2005, a través de la ley AUGE, impulsó ambas estrategias: la garantía de calidad, y el requerimiento de acreditación institucional, como una forma de dar cumplimiento a esa garantía (Ley 19966, año 2005). Y es justamente este punto el que genera el incentivo para que los hospitales (entre ellos el que motiva el presente estudio de caso) comenzaran sus procesos de acreditación.

Respecto a estrategias de gestión de nivel central, se distinguen por un lado, un conjunto de estrategias asociadas a la gestión de procesos que se materializan en la elaboración de estándares e indicadores. Estos generalmente son establecidos por el ministerio del ramo y usados para la evaluación de los prestadores tanto públicos como privados.

Complementariamente, en línea con la estrategia descrita para la OCDE, la implementación de buenas prácticas institucionales para la gestión de la calidad, es reconocida como una estrategia central, aún cuando la monitorización de estas represente un desafío mayor para los Ministerios. Las prácticas de gestión de la calidad más aceptadas en la actualidad son: Compromiso de la alta dirección con la calidad, liderazgo y trabajo en equipo; gestión de procesos; enfoque en el usuario y satisfacción; gestión de recursos; gestión de la cultura organizacional, mejoramiento continuo y entrenamiento y capacitación (Talib, 2011).

Finalmente, dentro de las estrategias de gestión de nivel local se distinguen en primer lugar, la acreditación institucional de la calidad (que puede ser “exigidas” por ley, o implementada por motivación de cada institución), tema que será analizado en extenso en el capítulo IV; y en

segundo lugar, una serie de estrategias que desarrollar directamente en las unidades clínicas en cada institución. Estas últimas pueden ser parte de un sistema integrado de gestión de la calidad (como sistema de monitorización de EA, pautas de chequeo para la administración de medicamentos, establecimiento de comités locales de gestión de la calidad etc.) o bien pueden ser impulsadas con fines más específicos (guías clínicas de tratamiento según el nivel de complejidad del hospital, protocolos de monitorización como parte de investigaciones).

### Capítulo III. Modelo Chileno de Acreditación de la Calidad Sanitaria.

#### Evolución de los Modelos de Gestión de la Calidad

La preocupación por la calidad de los bienes y las formas de producción existe desde la revolución industrial; aún cuando antes, formas no organizadas de controlar los resultados productivos (como la supervisión directa de la relación maestro/discípulo) tuvieron lugar. Sin embargo, es durante el siglo XX cuando la Gestión de la calidad (GC) se desarrolla definitivamente, reconociéndose tres momentos fundamentales: 1. Un primer momento a principios de siglo caracterizado por la incorporación de los controles de calidad y el control sobre los procesos en la cadena de producción, 2. El desarrollo de técnicas de control estadístico y control de la seguridad durante la Segunda Guerra Mundial y 3. La llamada “Revolución de la calidad” en Japón, caracterizada por la expansión de la gestión de la calidad a todos los ámbitos de la organización (Association for Quality Management ASQ, 2013)

Hoy, es posible definir “Gestión de la Calidad” como el conjunto de estrategias cuyo objetivo es asegurar un producto o servicio satisfactorio para el cliente (ASQ, 2013). Estas abarcan tanto los procesos operativos de la organización, como los de planificación, control y gestión de personas. Las estrategias más aplicadas son: Ciclo PDCA, mejora continua, *lean manufacturing*, *reingeniería de procesos* y gestión de la calidad total, aunque existen muchos otros. La tabla 4 presenta los principales referentes en gestión de la calidad asociado a sus aportes más relevantes.

**Tabla 4. Principales referentes en Gestión de la Calidad**

Nombre	Periodo	Aporte
<b>Walter A. Shewhart</b>	1930 - 1950	- Introdujo los métodos estadísticos en los procesos de control de calidad - Inventó la “Cartilla de Control”
<b>W. Edwards Deming</b>	1950 - 1970	- Ciclo Deming (Planear, hacer, chequear, actuar) - Los 14 puntos de Deming
<b>Philip B. Crosby</b>	1970 - 1990	- Introdujo el concepto “gestión con cero defectos”
<b>Kaoru Ishikawa</b>	1960 - 1980	- Creó la metodología “causa-efecto”
<b>Armand Feigenbaum</b>	1960 - 1980	- Acuñó y promovió la “Gestión de la calidad total”
<b>Joseph. M. Juran</b>	1950 - 1990	- Aplicó el principio de Pareto a la gestión de la calidad - Reconocido por añadir una dimensión “humana” a la gestión de la calidad”

Una de las principales muestras del impacto de la gestión de la calidad es lo ocurrido en Japón durante la segunda mitad del siglo XX, donde el gran crecimiento en la industria japonesa producto de la adopción de sistemas de gestión de la calidad marcó un antes y un después en la historia de la gestión de la calidad. El caso de la empresa automotriz “Toyota” es el más representativo. Diseñado entre las décadas del 50 y el 70, el modelo de gestión Toyota se basó

fundamentalmente en implementar estrategias para eliminar todas las inconsistencias o “desperdicios” en todas las fases del proceso productivo (Liker, 2004), utilizando como principales estrategias la “mejora continua” y la gestión de personas. Este modelo de gestión le permitió a Toyota estar a la vanguardia en la producción de vehículos a nivel mundial y ser reconocidos por su particular “forma de hacer las cosas”. La filosofía de trabajo se resume en los ampliamente citados “Principios de la manera Toyota”.

**Tabla 5. Principios de la “Manera Toyota”(Toyota way)**

1. Base sus decisiones en una filosofía de largo plazo, aún a costa de metas financieras de corto plazo.
2. Cree un continuo flujo de procesos para sacar los problemas a la superficie.
3. Evite la sobreproducción, deje que el cliente (interno/externo) decida.
4. Nivele la carga de trabajo.
5. Cree una cultura de “Hágalo bien a la primera vez”.
6. Las tareas y procesos estandarizados son la base para la mejora continua y para el empoderamiento de los empleados.
7. Corrobore visualmente los problemas.
8. Use solo tecnología confiable y ampliamente probada al servicio de las personas y los procesos.
9. Potencie líderes que comprendan ampliamente la organización, vivan la filosofía y enseñen a otros.
10. Desarrolle personas y equipos excepcionales que potencien la filosofía de la compañía.
11. Respete a su red de proveedores y aliados desafiándolos y ayudándolos a mejorar.
12. Vaya a la fuente para entender las situaciones.
13. Tome las decisiones lentamente por consenso, implemente rápidamente.
14. Transfórmese en una organización abierta al aprendizaje a través de la reflexión incesante y el mejoramiento continuo

#### *Modelos de Acreditación de la Calidad*

Los modelos de acreditación de la calidad (MAC) son una metodología de evaluación de una organización para certificar la existencia de prácticas de trabajo basadas en la calidad. Se masifican a nivel industrial, a partir de la década de 1980, en respuesta al crecimiento explosivo de la industria japonesa y de la pérdida relativa de protagonismo en el mercado mundial de las industrias Norteamericanas y Europeas; si bien, en el ámbito sanitario ya existían sistemas de acreditación hospitalaria desde los años 50. Dos de las formas más características de estos modelos son los “premios” a la calidad y los “modelos de excelencia”.

#### *Premio a la Calidad Malcom Baldrige (PCMB)*

El modelo “Malcom Baldrige” fue instaurado en 1987 por el gobierno de Estados Unidos (EE.UU) a través de la figura de un “premio”, otorgado a las empresas norteamericanas que cumplieran los requisitos del modelo de gestión. Los objetivos principales de esta política fueron: (a) Estimular la gestión de calidad en las empresas manufactureras y de servicios (b) establecer criterios de evaluación de mejoras (c) diseminar y compartir las mejores prácticas.

Este modelo fue creado luego de varios intentos por instalar una política de gobierno que permitiera aumentar las posibilidades de las empresas norteamericanas ante la expansión del

competitivo mercado mundial. Anualmente, son entregados 3 premios, de manos del presidente de los EE.UU para cada una de las siguientes categorías:

1. Manufacturas
2. Servicios
3. Pequeños negocios
4. Educación
5. Salud
6. Organizaciones sin fines de lucro

El modelo de evaluación de la gestión de calidad Malcom Baldrige, consta de siete áreas, conocidas como los: “Criterios Baldrige para el logro de la excelencia”. Estos son: liderazgo, planificación estratégica, enfoque en el cliente, información y análisis, enfoque en el recurso humano, gestión de procesos, y resultados del negocio

*El Modelo de Excelencia de la “Fundación Europea para la Gestión de la Calidad”*

Establecido en 1988, el modelo EFQM (*por su nombre en inglés: European Foundation for Quality Management*) surge con el objetivo de aumentar la competitividad de las empresas europeas, de manera de que sean reconocidas como referentes para el crecimiento económico sustentable (EFQM, 2014).

El modelo consta de 9 criterios agrupados en dos conjuntos: Los criterios facilitadores (5) y los criterios de resultados (Tabla 6).

**Tabla 6. Criterios del Modelo EFQM**

<b>Criterios Facilitadores</b>	<b>Criterios de Resultados</b>
1. Liderazgo	1. Resultados de las personas
2. Gestión de Personas	2. Resultados para los clientes
3. Gestión de la Estrategia	3. Resultados para la sociedad
4. Alianzas y Recursos	4. Resultados del Negocio
5. Procesos, Productos y Servicios	

*Estándares ISO 9000*

Son un conjunto de estándares internacionales que tienen como objetivo garantizar la gestión de la calidad y el aseguramiento de la calidad (ASQ, 2013). Fueron originalmente publicados en 1987 por la Organización Internacional para la Estandarización y revisados por última vez el año 2000. Actualmente incluye normas de definiciones ISO 9000:2005, requerimientos ISO 9001:2008 y mejora continua 9004:2009. Los principios en los que se basa se muestra en la tabla 7.

**Tabla 7. Principios de la gestión de la calidad ISO**

1. Enfoque en el cliente
2. Liderazgo
3. Involucramiento de las personas
4. Enfoque de procesos
5. Enfoque sistémico en la gestión
6. Mejora continua
7. Toma de decisiones basada en información concreta
8. Relaciones con los proveedores mutuamente beneficiosas.

Estos modelos son la base conceptual con la que se diseña el modelo chileno de acreditación de prestadores de salud.

### **Modelo Chileno: Estándar de acreditación para instituciones de salud**

El Modelo de Gestión de la Calidad diseñado para la acreditación de salud define nueve ámbitos a evaluar. Cada ámbito define los alcances generales que se espera que la política pública cumpla. Para su desagregación, se definen componentes, características y verificadores. Los ámbitos definidos por el modelo se muestran en la tabla 8.

**Tabla 8. Ámbitos de la acreditación de calidad en salud**

- 1. Respeto a la dignidad del paciente**
- 2. Gestión de la calidad**
- 3. Gestión clínica**
- 4. Acceso, oportunidad y calidad de la atención**
- 5. Competencias del recurso humano**
- 6. Registros**
- 7. Seguridad del equipamiento**
- 8. Seguridad de las instalaciones**
- 9. Servicios de apoyo**

### **Marco legal**

Existen diversos documentos legales que sustentan el proceso de acreditación de prestadores y el modelo de gestión de la calidad sanitaria. Estos han sido promulgados y publicados por el Ministerio de Salud, en forma progresiva desde el 2005. La Subsecretaría de Salud Pública es el ente encargado de la difusión de esta normativa y de supervisar los procesos de acreditación.

Primero, la ley AUGE N° 19.966, en vigencia desde abril del 2005, establece que “...*las garantías explícitas en salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y que su cumplimiento puede ser exigido por estos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan*”. Define a “garantía explícita de calidad” como el “...*otorgamiento de las prestaciones de salud*”

*garantizadas por un prestador registrado<sup>10</sup> o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937<sup>11</sup>, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11”.*

El Decreto Supremo N° 115, del 2007, del Ministerio de Salud “Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud”, regula aspectos centrales del proceso de acreditación. Aclara los conceptos generales, como “acreditación”, “entidad acreditadora” y “estándares de calidad”, entre otros. Establece la periodicidad de la acreditación y las materias que serán evaluadas en los estándares. Además, regula el ejercicio de las entidades acreditadoras, las características jurídicas y los requisitos para su constitución. Norma, además, los plazos para la solicitud de la acreditación, los plazos del proceso de evaluación y los aranceles.

Complementariamente, desde el 2010, el MINSAL ha publicado una serie de circulares en las que instruye a las entidades acreditadoras sobre el sentido y alcance que deben dar, en los procedimientos de evaluación que ejecuten, a las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. Además, en la circular 26° del 2013 da instrucciones específicas a las entidades acerca de la metodología de trabajo durante el proceso de acreditación

Finalmente, existe una serie de otros documentos relacionados a la gestión de la calidad y seguridad del paciente que el MINSAL ha publicado y que complementan los procesos de acreditación. El decreto N° 350 del 2011, por ejemplo, aprueba Norma Técnica N° 124 sobre Programas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS). La resolución exenta N° 1031 aprueba protocolo y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención en salud, y la resolución exenta N° 875, que aprueba norma general técnica N°154 sobre programa Nacional de Calidad y Seguridad en la Atención de Salud.

### **Ejes de la acreditación**

El modelo de acreditación Chileno se sustenta en tres ejes (Velásquez, 2012).

Primero, se basa en que la evaluación del cumplimiento de los criterios es realizada por Entidades Acreditadoras privadas, fiscalizadas por la Superintendencia de Salud.

Segundo, en que la evaluación se realiza en base a un conjunto de estándares establecidos en dos instrumentos técnicos, los “manuales” y las “pautas de cotejo”. Existen manuales y pautas para cada tipo de prestador según tipo de atención: Atención cerrada (clínicas y hospitales), atención abierta (consultorios y centros médicos), atención psiquiátrica cerrada (hospitales psiquiátricos), centros de diálisis, servicios de esterilización, servicios de imagenología, laboratorios clínicos, servicios de radioterapia y unidades de quimioterapia ambulatoria.

Cada manual contiene información general, informes de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras; además de reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, glosarios y abreviaturas. La unidad funcional para evaluar el cumplimiento del estándar es la “característica”, que puede ser “obligatoria” (CO) o “no obligatoria” (CNO). La tabla 9 muestra las exigencias para lograr la acreditación.

---

<sup>10</sup> En el caso de prestadores “individuales” (médicos), la exigencia es que estén registrados en la Superintendencia de Salud.

<sup>11</sup> Ley que establece, entre otros asuntos, una nueva concepción de la autoridad sanitaria, incluyendo las funciones que les compete al Ministerio de Salud, Secretarías regionales ministeriales y Servicios de Salud.

Tercero, en que la acreditación se materializa a través de un certificado de garantía, que otorga la Subsecretaría de Salud mediante una resolución. Para que un centro se considere acreditado, se considerarán las siguientes reglas de decisión:

**Tabla 9. Reglas de decisión proceso de acreditación**

Proceso	Acredita	Acredita con observaciones *	No acredita
1°	>ó= 50% de CT cumplidas y 100% de CO cumplidas	<50% CT cumplidas y 100% de CO cumplidas	<50% + 1 CO incumplida
2°	>ó=70% de CT cumplidas y 100% de CO cumplidas	50% - 69,9% CT cumplidas y 100% de CO cumplidas	< 50%+ 1 CO incumplida
3°	95% ó más CT cumplidas y 100% de CO cumplidas	70% - 94,4% CT cumplidas y 100% de CO cumplidas	< 70%+ 1 CO incumplida

*CT: Características totales*

*CO: Característica obligatoria*

*El “proceso 1” es la primera vez que un centro de salud se acredita. Sucesivamente el centro debe re-acreditar cada tres años.*

*Del 4° proceso en adelante, se siguen los criterios del 3° proceso*

## **El Manual de Acreditación para Hospitales**

El Manual del Estándar y la Pauta de Cotejo son herramientas complementarias<sup>12</sup>. El primero, describe los criterios, desagregados en cuatro categorías: ámbitos, componentes, características y verificadores (tabla 10). Además, establece las reglas de decisión para otorgar la acreditación y otorga instrucciones generales, tanto para las instituciones como para las Instituciones Evaluadoras. El segundo, detalla los elementos medibles específicos para acreditar el cumplimiento de las características y los puntos donde estos elementos se deben verificar.

Los ámbitos contienen en su definición los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla las condiciones mínimas de calidad.

Los componentes son desagregaciones intermedias del ámbito y proveen definiciones operacionales que contribuyen a cumplirlo.

Las características desagregan los componentes especificando lo que se busca evaluar.

Finalmente, los verificadores corresponden a los elementos medibles específicos que se deben constatar para el cumplimiento de las características del estándar. La pauta especifica las

<sup>12</sup> La información de esta sección se basa en los contenidos oficiales del manual de acreditación para prestadores de atención cerrada.

unidades (puntos de verificación) donde deben constatar el cumplimiento de los elementos medibles. La tabla 11 muestra un ejemplo de una característica del ámbito “Gestión Clínica”

Para acreditar, es necesario que exista evidencia que los protocolos han estado implementados durante un periodo de al menos seis meses. Con esto, se estima que la duración del proceso, desde la preparación hasta la evaluación externa, requiere de entre 18 y 24 meses.

**Tabla 10. Desglose de ámbitos, componentes, características y elementos medibles del manual para atención cerrada**

Ámbitos	Componentes	Características	Elementos Medibles
Respeto a la dignidad del paciente	5	8	60
Gestión de la Calidad	3	2	44
Gestión Clínica	1	19	282
Acceso, Oportunidad y Calidad de la Atención	2	5	65
Competencias del Recurso Humano	4	9	114
Registros	1	4	66
Seguridad del Equipamiento	3	5	10
Seguridad de las Instalaciones	3	5	54
Servicios de Apoyo	13	49	257
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>106</b>	<b>952</b>

**Tabla 11. Ejemplo ámbito “Gestión Clínica”**

Categoría	Descripción*
<b>Ámbito</b>	Gestión Clínica
<b>Componente</b>	GCL.1 “El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas”
<b>Característica</b>	GCL. 1.1 “Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre-anestésica”
<b>Verificadores</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se han definido los responsables de su aplicación</li> <li>2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento</li> <li>3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica</li> <li>4. Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.</li> </ol>

\* El componente GCL.1 se desgrega en 13 características. Cada característica, a su vez, se desgrega en múltiples verificadores. Para este ejemplo solo se expone la característica GCL 1.1.

## Capítulo IV. El Hospital Pediátrico “Exequiel González Cortés”

### Características socio-demográficas

El hospital pediátrico “Exequiel González Cortés” (EGC), es uno de los seis hospitales que dependen del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), el cual está integrado además por los establecimientos: centro asistencial “Barros Luco Trudeau”, hospital y CRS “El Pino”, hospital psiquiátrico “El Peral”, hospital “San Luis de Buin” y el hospital “Lucio Córdova”. Complementan esta red pública de salud 20 consultorios, 12 Centros de Salud Familiar y 24 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

El SSMS atiende usuarios del sistema público de las siguientes comunas: San Miguel, La Granja, Paine, Buin, Calera de Tango, La Cisterna, Pedro Aguirre Cerda, Lo Espejo, El Bosque, San Bernardo y San Joaquín. En su conjunto, estas albergan 1.158.335 habitantes, de los cuáles 804.814 (70%) están inscritos en el seguro público FONASA.

El hospital EGC atiende con una población beneficiaria de 240.000 usuarios (Cuenta pública HEGC, 2010) y está ubicado en la comuna de San Miguel. Fue inaugurado el año 1952, como un hospital dedicado a la atención de adultos, y pasando el año 1962 a atender exclusivamente niños y adolescentes.

**Figura 4. El Hospital Exequiel González Cortes - Ayer y Hoy**



### Equipo de salud

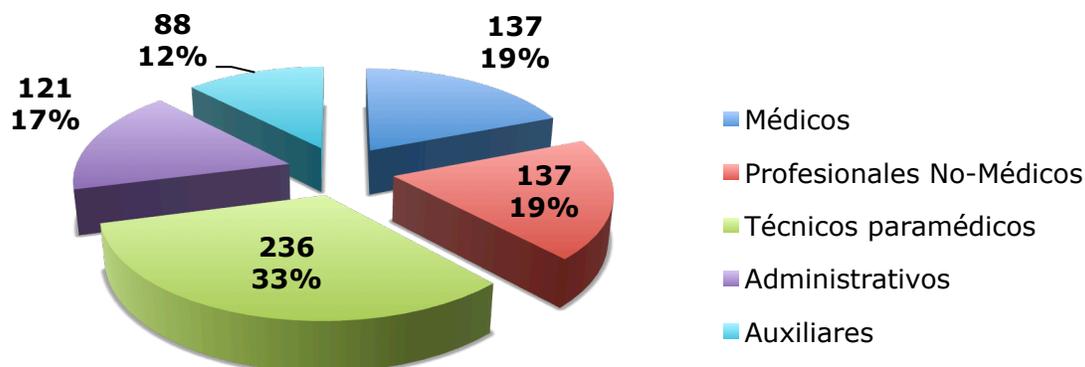
La equipo del hospital EGC es diverso, (gráfico 3), destacando la presencia de 137 médicos, 137 profesionales no médicos (enfermeras, kinesiólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y psicólogos) 236 técnicos paramédicos, 121 administrativos y 88 auxiliares.

Los médicos cubren las siguientes especialidades y subespecialidades (Cuenta pública HEGC, 2010): Pediatría general, broncopulmonar, cardiología, dermatología, endocrinología, infectología, politraumatizado, genética, inmunología, neurología, oncología, hematología, hemodiálisis, ginecología, cirugía general, plástica-quemados, urología, fisurados, traumatología, pie-bot, columna y ortopedia.

Pertenece además a la “Macro red de patologías de alta complejidad”, lo que implica que recibe pacientes derivados directamente de las ciudades de Valparaíso, Rancagua, Talca, Concepción y

Puerto Montt, con necesidad de resolución de las patologías: Escoliosis, Insuficiencia Renal Crónica Terminal, Cáncer en Menores y Gran Quemado.

**Gráfico 3. Dotación del Hospital EGC.**

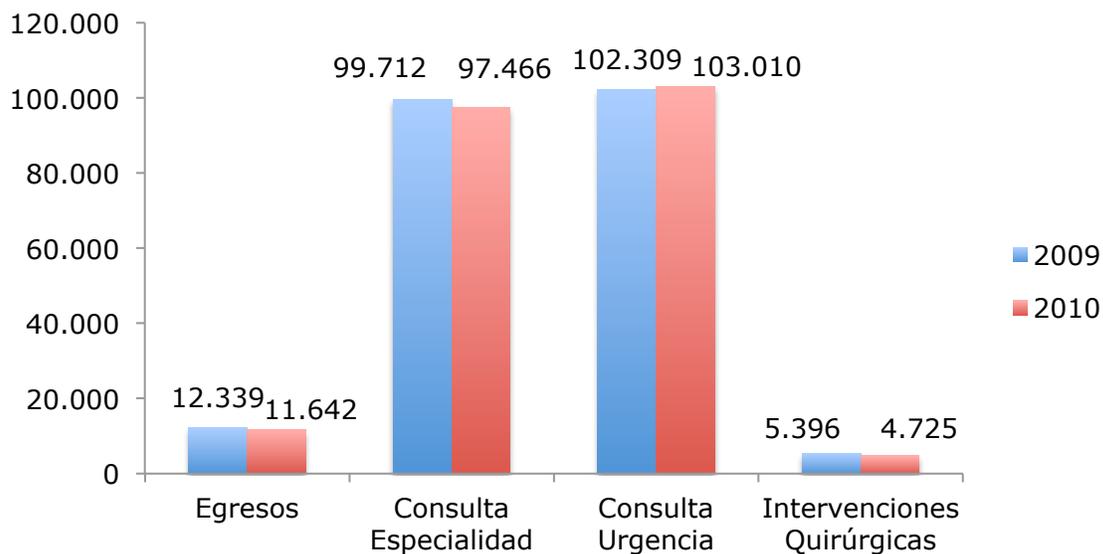


Fuente: Elaborado en base a información cuenta pública hospital EGC 2010.

### Actividad Asistencial - Principales indicadores y resultados

Los resultados globales más significativos en cuanto a producción del hospital se muestra en el gráfico 4. En promedio, se realizan anualmente alrededor de 100.000 consultas de urgencia y similar número de consultas de especialidad. Todas éstas en el área pediátrica. Los egresos hospitalarios (pacientes de alta de una hospitalización) bordean los 12.000 por año, siendo las causas más frecuentes de hospitalización las enfermedades del sistema digestivo (18%), enfermedades de sistema respiratorio (17%), traumatismos (16%), enfermedades infecciosas y parasitarias (13%) y tumores (10%) (DEIS, 2014).

**Gráfico 4. Actividad asistencial HEGC**



Fuente: Cuenta pública hospital EGC, 2010

Respecto a indicadores de gestión, el HEGC ha mantenido un cumplimiento satisfactorio de las metas sanitarias impuestas por el Ministerio de Salud.

El 2010, cumplió 8 de 9 indicadores de gestión de la ley médica 2010, según muestra la tabla 12, y el 100% de las metas sanitarias de la ley 18.834 (tabla 13). Ambos set de indicadores, dan cuenta de la capacidad de gestión del hospital.

**Tabla 12. Resultados Hospital EGC Metas Sanitarias Ley Médica 2010**

Indicador	Meta	Cumplimiento Hospital
% de consultas médicas realizadas	95%	98%
% de horas ocupadas de pabellón	86%	74%
% de recetas para pacientes ambulatorios dispensadas el mismo día de la emisión	95%	98%
% de recetas para hospitalizados dispensados el mismo día de la emisión	95%	98%
% de camas en trabajo con sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitaria en relación al total de camas en trabajo con estadía promedio mayor o igual a 3 días.	43%	100%
% de garantías GES cumplidas	100%	100%
% de atenciones de tratamiento GES otorgadas respecto a las atenciones trazadoras GES en PPV (Pago por prestaciones valoradas)	100%	100%
% de funcionarios de la ley médica capacitados	40%	107%
% de IPD y SIC <sup>13</sup> ingresadas al SIGGES en un plazo de 48 hrs.	83%	52%

**Tabla 13. Resultados Hospital ECG Metas Sanitarias Ley 18834 - 2010**

Indicador	Meta	Cumplimiento Hospital
% de profesionales con agenda centralizada	100%	100%
% de consultas profesionales realizadas	100%	101.61%
% de garantías GES cumplidas	100%	100%
% de atenciones de tratamiento GES otorgadas respecto a las atenciones trazadores GES en PPV	100%	106.95
% de funcionarios capacitados en uno de los 4 ámbitos GES	42%	53.39%

En síntesis, es posible catalogar el Hospital EGC como un hospital especializado (pediátrico), de alta complejidad, con una dotación de profesional de moderado tamaño, un buen nivel de cumplimiento de metas sanitarias y, a la luz del logro de la acreditación que motiva el presente estudio, una gran capacidad de implementar políticas sanitaria.

<sup>13</sup> IPD: Informe de Proceso Diagnóstico; SIC: Ingreso Solicitud Interconsulta. Ambos son procesos administrativos para gestionar las atenciones del programa "GES"

## Capítulo V. El Proceso de Acreditación del Hospital Exequiel González Cortés

### Historia del proceso de Acreditación en el Hospital EGC - Resumen Narrativo

El proceso de acreditación de la calidad del Hospital EGC no tiene un punto de partida definido, dado que la gestión de la calidad asistencial venía desarrollándose en este Hospital desde hace ya varios años. No obstante, sí es posible distinguir una asociación de eventos que desencadenaron un impulso lo suficientemente fuerte como para que la organización avanzara en el proceso de acreditación.

Para estructurar el relato, se identificaron, en base a la propuesta metodológica de Barcelay (2012), los principales eventos asociados al proceso (figura 5), estructurados en: Eventos Anteriores (EA), Eventos Contemporáneos (EC), Eventos Centrales (E), Eventos Relacionados (ER) y Eventos Posteriores (EP).

**Figura 5. Eventos y cronología del proceso de Acreditación.**



La entrada en vigencia de la ley AUGE (EA1) es el antecedente inmediato de mayor relevancia, dado que la "Calidad" de las prestaciones establecidas en la ley AUGE, queda planteada como una de las cuatro garantías exigibles por los usuarios a contar de esta ley. Se exigió por tanto, que los profesionales que atendieran pacientes con patologías AUGE debían estar inscritos y acreditados en la Superintendencia de Salud, mientras que en el caso de los hospitales, se determinó que la calidad se certificaría a través de un proceso de acreditación.

Si bien, la exigibilidad de la garantía tarda varios años (es más, aún no es legalmente exigible), el sólo planteamiento genera el impulso suficiente para que algunos establecimientos (fundamentalmente los privados al principio) comiencen sus procesos de acreditación.

Posteriormente, la certificación del Hospital EGC como “Hospital Autogestionado en Red”, lograda el año 2007, es otro Evento Anterior relevante, dado que, si bien este proceso abordó aspectos administrativos y no tanto aspectos “clínicos”, exigió que el equipo del hospital desarrollara un plan e implementara nuevos protocolos, exigencias en alguna medida similares a la acreditación de la calidad. Al igual que en el caso de la acreditación de la calidad, el hospital EGC fue uno de los primeros hospitales en certificarse como hospital Autogestionado en Red, lo que habla de una cultura hospitalaria orientada al cumplimiento de los desafíos institucionales y no de la acreditación de la calidad como un hecho aislado.

Complementariamente, si bien no es catalogable como un “Evento Anterior” específico, el equipo reconoce el trabajo previo en gestión de la calidad asistencial a través de capacitaciones a funcionarios (incluyendo cursos cortos y diplomados), y promoción de la calidad a través de reuniones clínicas periódicas

Podríamos decir que estos antecedentes generaron un “ambiente organizacional” proclive a la implementación de cambios institucionales complejos. Este “ambiente” fue clave para que, al momento de la llegada de la nueva directora y de la conformación de la Unidad de Calidad, el proceso avanzara fluidamente

Abordando directamente el proceso, el año 2009 es el año donde, probablemente, ocurren los eventos más significativos de la primera etapa de la acreditación.

La llegada de la Dra. Begoña Yarza (E1) en junio del 2009, marca un hito, dado que desde un principio su gestión se centra en el desarrollo de la calidad asistencial y decide comenzar con el proceso de acreditación en el Hospital.

En este sentido, tomando la oportunidad que significaba rehacer la planificación estratégica para el cuatrienio 2010 - 2014, comienza un proceso que concluye con una declaración de visión estratégica que puso al centro de la discusión, la calidad asistencial: “Al 2014 nuestro compromiso con las personas es atenderlas con calidad certificada y tiempos de espera definidos para cada atención”. Existe consenso entre los informantes en que este hito orientó la institución hacia un objetivo común, como se desarrollará más adelante, y que fue un factor clave en el proceso. Existe consenso además, que la forma de conducir la planificación estratégica influyó muy positivamente. Se hizo partícipe a un gran porcentaje de la comunidad hospitalaria a través de reuniones ampliadas y dinámicas grupales, lo que facilitó la difusión de conceptos asociados a la calidad asistencial y en definitiva, ayudó a alinear al equipo de trabajo.

Es precisamente a partir de la planificación estratégica, que el equipo define los valores institucionales en que basarían su trabajo para la acreditación (Tabla 14)

**Tabla 14. Valores Institucionales Hospital Exequiel González Cortés (2010)**

<b>Valores</b>
<b>Co-construcción del proceso,</b>
<b>Trabajo en Equipo</b>
<b>Mirada Apiciativa</b>
<b>Supervisión directa y sistemática</b>
<b>Patrocinio Ejecutivo de la Dirección</b>
<b>Valoración y búsqueda de las prácticas recomendables de otros hospitales como forma de aprendizaje colectivo</b>
<b>Diseño flexible e interdisciplinarietàad del equipo</b>

Paralelamente, el equipo directivo consolida la “Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente” (UCSP) y establece su directa dependencia de la Dirección, en un trabajo integrado con las subdirecciones médica, administrativa y de enfermería. Si bien la unidad existía y mostraba interesantes avances previo al inicio de este proceso, es durante esta administración cuando se decide destinar profesionales a tiempo completo y darle un fuerte respaldo estratégico. Así, se contrata a una enfermera con experiencia en Gestión de la Calidad y con formación en acreditación, quién junto a la médico que hasta ese momento integraba la unidad, desarrollan la planificación de la acreditación.

En relación al desarrollo concreto del proceso, la primera actividad realizada fue una evaluación diagnóstica (E4). Para esto, la enfermera encargada de la gestión de la Calidad aplicó la misma pauta de evaluación de estándares que iba a ser aplicada para la acreditación final. Evaluó cada uno de los ámbitos, obteniéndose un resultado de 17% de cumplimiento global, lo que permitió identificar inmediatamente la brecha que debía abordarse, para lograr el éxito.

Inmediatamente después a la evaluación diagnóstica, el equipo de la UCSP, aplicó un cuestionario -vía correo electrónico- para evaluar cual es el grado de conocimiento del personal en relación a la acreditación. Los resultados mostraron una baja adhesión al estudio además de un bajo grado de conocimiento y manejo de conceptos. El cuestionario tiene relevancia en la medida que sirva al equipo implementador para tener una línea de base.

Posterior a la evaluación diagnóstica y la aplicación del cuestionario, dos situaciones apoyan al proceso. Primero, el hospital tuvo la autorización para utilizar el sistema informático SIS-Q, que permitía desarrollar protocolos y procedimientos de manera más expedita, monitorizar indicadores y en definitiva, hacer el proceso más fluido. El sistema había sido desarrollado por el Instituto Nacional del Cáncer, primer centro de salud público en lograr la acreditación. Segundo, el hospital fue seleccionado para participar de un proyecto piloto de apoyo a centros de atención cerrada para lograr la acreditación, que condujo el Ministerio de Salud durante el año 2010, lo que surgió en respuesta al escaso avance en los procesos de acreditación de los hospitales públicos en general. Ambas sucesos probarían, posteriormente, jugar un rol fundamental dado que, por un lado, el sistema informático fue de gran utilidad y, por otro, ser establecimiento piloto significó tener apoyo documental, apoyo en la gestión y además tener una simulación de la evaluación final.

La parte más extensa del proceso fue el desarrollo de los protocolos y la implementación de los cambios que el manual de acreditación exige. Esto se desarrolló fundamentalmente durante el año

2010 y el primer semestre del año 2011. Para el desarrollo de los protocolos, la UCSP asumió el liderazgo organizando el trabajo de todos los equipos. A nivel de cada unidad clínica, se designó un “encargado de calidad”, quién tuvo la responsabilidad de desarrollar cada protocolo de acuerdo a lo que el manual establecía (principalmente el ámbito: Gestión Clínica). Las unidades administrativas, en tanto, tuvieron la responsabilidad de: organizar los planes de capacitación para cumplir con los estándares de conocimientos mínimos que debían poseer los funcionarios (Manejo de infecciones intrahospitalarias, reanimación); garantizar la inscripción de los profesionales sanitarios en la superintendencia de salud (ámbito: competencias del recurso humano) y garantizar el desarrollo y cumplimiento de los planes de mantención del equipamiento clínico y de los convenios con proveedores de servicios de apoyo. El resto de los ámbitos fueron abordados transversalmente, siempre con la conducción de la UCSP y la dirección

Luego de diseñados e implementados la mayor parte de los protocolos, a inicios del 2011 el Servicio de Salud Sur, en conjunto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, realizaron una pre-evaluación en el Hospital EGC y en el resto de los Hospitales de la red. Los resultados fueron promisorios, el hospital había aumentado significativamente desde la evaluación diagnóstica, sin embargo, aún existía una brecha importante. En consecuencia el desarrollo de protocolos y las capacitaciones continuaron durante todo el primer semestre de ese año. Hasta ese punto los lineamientos estratégicos y el “mensaje” permeaban medianamente en el equipo, sin embargo, un infortunio causaría un impacto insospechado en el equipo.

El 23 de Junio del 2011 un amago de incendio iniciado en el primer piso del hospital obliga a evacuar el área de lactantes. No hubo consecuencias serias para ningún niño, como fue reportado por la prensa de la época, sin embargo lo que no informó es que detrás de eso, estaba relacionada la acreditación de la calidad. La característica 12 del ámbito gestión de la calidad regula el proceso de identificación del paciente. Puntualmente, la identificación de los lactantes había sido trabajada prolijamente previo al amago de incendio, por lo que esa noche, al momento de evacuar a los 40 lactantes de cada sala, organizarlos en dependencias externas e informar a los padres del estado de salud, no hubo espacio para la confusión dado que cada niño estaba identificado a través de su respectivo brazalete. No implica esto que previo a trabajar en la acreditación los niños no estuvieran identificados, si no que el protocolo garantizaba que en ningún momento ocurriera algún tipo de omisión.

Este evento, terminó de convencer al equipo de la relevancia de la gestión de la calidad y dio un impulso muy importante, a tres meses de presentar la solicitud de evaluación a la Superintendencia de Salud.

Finalmente, entre la primera y segunda semana de septiembre la entidad acreditadora “Acreditación en Salud Limitada”, evalúa el hospital, posterior a lo cuál genera el informe con el resultado favorable. De esta manera, el Hospital EGC se transforma en el primer hospital público en acreditar la calidad asistencial y en la segunda institución pública, después del Instituto Nacional del Cáncer.

## Factores involucrados en el proceso de acreditación - Análisis de entrevistas

La tabla 15 presenta las dimensiones, sub dimensiones y elementos estudiados. Estas fueron definidas posterior a la revisión de la literatura relacionada al tema acreditación de la calidad y gestión del cambio, expuesta en los capítulos precedentes.

**Tabla 15. Matriz de codificación**

Dimensión	Sub-dimensión	Elementos
<b>I. Planificación y monitorización del proceso de Acreditación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estrategia usada para la gestión del cambio</li> <li>2. Diseño de las etapas del proceso.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planificación estratégica facilitadora</li> <li>2. Declaración de visión explícita</li> <li>3. Planificación de las actividades</li> <li>4. Ejecución de un diagnóstico</li> <li>5. Monitorización efectiva</li> </ol>
<b>II. Estrategia comunicacional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Canales de comunicación usados</li> <li>2. Relevancia de la comunicación dado por autoridades.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Roles (o equipo) de comunicaciones definido.</li> <li>2. Definición de estrategia comunicacional</li> <li>3. Medios disponibles</li> </ol>
<b>III. Liderazgo del director y jefaturas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rol del director en el proceso de cambio</li> <li>2. Rol de las jefaturas en el proceso de cambio</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participación del director en hitos relevantes</li> <li>2. Percepción del rol directivo por equipo</li> <li>3. Rol de jefaturas intermedias en hitos claves del proceso</li> </ol>
<b>IV. Rol de las personas de la organización</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participación de los funcionarios en las etapas del proceso</li> <li>2. Existencia de incentivos para la acreditación</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño de cambio considerando funcionarios de base</li> <li>2. Presencia efectiva de funcionarios de base en actividades clave</li> <li>3. Tipos de incentivos externos (económicos) e internos</li> <li>4. Cultura organizacional e historia</li> </ol>

Fuente: Elaboración Propia en base a entrevistas.

## **I. Planificación y monitorización del proceso de acreditación**

### **1. Estrategia utilizada para la gestión del cambio**

Tres conclusiones se desprenden del relato de los informantes respecto a la estrategia utilizada para conducir el proceso.

Primero, que la directora del hospital priorizó la gestión de la calidad y el logro de la acreditación, incluso desde antes de comenzar formalmente el proceso.

***P: ¿Por qué se tomó la decisión de acreditar?***

*R: Dentro de los objetivos que tuvo siempre la doctora (directora), era dar una calidad certificada. Era un sueño que siempre tenían ellos (equipo directivo). Veo que el esfuerzo era dar una mejor calidad de atención y que eso esté, como que habla mucho de acreditación, se habla mucho, que igual tenemos que estar acreditados. Siempre estuvo el sentimiento como de querer estar acreditados. Todos al final tienen que presentar esa acreditación, entonces se nos presentó esa posibilidad entonces fue un sueño que llegó allí y que finalmente se pudo tomar. (Entrevistado N°3 - Administrativo)*

Segundo, que la estrategia consideró a los funcionarios de la organización como participantes activos del proceso, lo que se vio representado tanto en los trabajos grupales relacionados a la planificación estratégica, como en la potente estrategia comunicacional interna.

*...entonces a mí me aprecia que teníamos que hacer alguna planificación estratégica que nos condujera hacia algún lado. Entonces provocamos ahí una discusión que, viste que uno siempre dice que quiero que sea participativa y en fin, pero nosotros somos 756 funcionarios y participaron en micro-talleres o macro-talleres casi 180 funcionarios. (Entrevistado N° 8 - Directora)*

Tercero, que el equipo directivo supo articular y transformar en ventaja, ciertas características internas del hospital y otras del entorno, además de algunas situaciones de contingencia que aparecieron durante el proceso. Dicho de otro modo, se aprovecharon las “ventanas de oportunidad”, que se generaron.

Respecto a las características intrínsecas del hospital, al menos dos entrevistados reconocen que ser un “hospital pediátrico” facilitó la implementación del proceso, dado que culturalmente, se asocia la cercanía con la población infantil con un mayor compromiso de la comunidad hospitalaria. Complementariamente, dentro del gremio médico, los pediatras son reconocidos por ser más ordenados y estructurados que sus pares de otras especialidades. Esto al parecer habría facilitado la implementación de un proceso que requiere el desarrollo de múltiples documentos con altas exigencias en tiempo y forma

*...este es un hospital pediátrico. Es más ordenado, de alguna manera desde siempre. La pediatría siempre ha tenido una mejor estructura. Además el tamaño mismo del hospital. Es un hospital que no es tan grande. Pero yo diría que el ser un hospital*

*pediátrico fue importante. No digo que fue lo único, pero facilita las cosas.*  
**(Entrevistado N°2 - Profesional)**

Un hecho contingente, es que al momento de empezar el proceso, el hospital debía actualizar su “Planificación Estratégica”. Esto, lejos de ser una tarea rutinaria más a cumplir por parte del equipo directivo, fue utilizado tanto para motivar al equipo del hospital como para priorizar el tema de la calidad por sobre otros temas. La visión estratégica que se desprendió de esta planificación, resultó ser un claro facilitador y orientador durante la implementación.

*... había una planificación estratégica del hospital que moría el 2010 entonces yo llegué en julio y me pareció que era como un regalo que terminara la planificación estratégica a principios del 2010 porque me permitía orgánicamente sin poner ninguna excusa que miráramos la organización de forma sistemática para donde vamos que queremos; no tenía que forzar esa conversación si no que estaba puesta en la mesa, había que mirar de nuevo la planificación estratégica porque se vencía esa visión que se había hecho y la visión en esa planificación estratégica que cumplía 4 años el 2010...* **(Entrevista N° 8 - Directora)**

*P: Recuerda Ud. algún hito “clave” del proceso?*

*R: Las definiciones de la planificación estratégica del hospital (que) fueron “coludiendo” a las personas, con entusiasmo y con interés de trabajar y participar. Ese elemento es interesante.* **(Entrevista N° 2 - Profesional)**

En conclusión, los aspectos estratégicos iniciales del proceso, de acuerdo a los entrevistados fueron: La priorización de la gestión de la calidad por sobre otras temáticas, la inclusión del mayor número posible de personas en el proceso y la adecuada gestión de las “ventanas de oportunidad”

## **2. Diseño de las etapas del proceso**

A partir del relato de los entrevistados se pueden identificar siete etapas (figura 6) en el proceso de acreditación. Cada etapa esta caracterizada por ciertos hitos o actividades, aun cuando no siempre se puede distinguir el término de una y el inicio de otra. Es más, dos de estas etapas estuvieron presentes durante todo el proceso, “en paralelo” a las otras cinco.

**Figura 6. Etapas del proceso de acreditación**



La formación de equipo, si bien fue un proceso continuo, tiene uno de sus hitos más relevantes con el fortalecimiento de la unidad de calidad (y la designación de un cargo exclusivo) y con la designación de roles específicos a jefes y funcionarios de las distintas unidades (Encargados locales de calidad). Estas intervenciones engendraron una masa crítica de personas que, a la larga, permitiría permear la organización.

*...es importante distinguir que aparecen un grupo de personas que empiezan a manejar esta situación, ya dirigidamente, entonces ya ahí hay, con las personas, conversaciones individuales, para llevar a delante esto y ellos concentran esta cuestión. Esta cuestión no surge solita. tiene que haber un liderazgo que ayude para eso. Y luego, el apoyo que la dirección pudiera otorgar para esto . Coincidió que la subdirectora venía trabajando esto. Cosa que en la actualidad esta subdirectora médica es la Jefa de la Oficina de calidad... (Entrevista N°2 - Profesional HEGC)*

*...empezamos generando lo primero, la unidad de calidad, contratando profesional para aquello, o sea generando la estructura, o sea diciendo ya “esto va a ser un tema” por lo tanto alguien se tiene que dedicar a liderar ese proceso desde el punto de vista técnico. Entonces aquí como que sentamos las bases, buscamos el instrumento, empezamos a capacitar a un grupo de personas, cierto cómo le podríamos llamar es un periodo de... incubación era como armar las bases, entonces alguien encargado, una unidad dentro del hospital... (Entrevista N° 8 - Directora HEGC)*

*lo que uno percibía como la dirección inicialmente se estaba estructurando y preparando para liderar este grupo y empezaron a aparecer médicos y entidades propias del hospital que tenían un discursos muy fuerte muy potente en torno a la calidad y porcentualmente empezamos a ver con eso empezaba a importar o a contratar gente que estaba dedicada a la calidad y sin embargo nos sorprendíamos de que era lo que estaba pasando sin darle mucho valor a lo estaba pasando mirándolo a posterior pero empezamos con temáticas en las reuniones clínicas, con grupos pequeños, que viene la acreditación que tenemos que trabajar y posteriormente nos dieron los primeros resultados (Entrevista N° 7 - )*

El diagnóstico consistió en la aplicación del manual de acreditación y en la aplicación de una encuesta a los funcionarios para conocer si manejaban o no los conceptos asociados a la calidad asistencial. Los entrevistados reconocen este diagnóstico como un hito relevante dado que sirvió,

para organizar y cuantificar el trabajo, para priorizar los ámbitos más críticos de la pauta de acreditación y para establecer una línea de base.

*... yo técnicamente sé lo que es el manual, tengo formación en eso, hicimos la aplicación del manual y empezamos a ver cuál era la brecha real, la línea base donde partir, el trabajo, el desarrollo de los protocolos que faltaban, si estaban completos en lo que existía. Y ahí nos dimos cuenta que estábamos muy bajo, que era abajito, o sea estaba recién empezando a cumplir el estándar... (Entrevista N° 5 - Encargado/a de unidad HEGC)*

*...cuando Alejandra llegó lo primero que ella hizo fue el diagnóstico nuestro. De 50% de las características obligatorias se bajó a un 15, 20 o 25% no me acuerdo, entonces ahí esta es la realidad de aquí, este es nuestro punto de partida. (Entrevista N°1 - Jefe/a de unidad HEGC)*

*P: De las personas, del proceso en general, alguna hito que haya sido importante,*

*R: Bueno partiendo de la base del diagnóstico, o sea, teniendo un diagnóstico la gente se dieron cuenta que en realidad si se iba a empezar a trabajar en ello y que la brecha era grande*

*P: Y ese diagnóstico tú lo presentaste al consejo técnico...*

*R: Los presentamos al consejo técnico, parece, si y lo enviamos por mail, todo se envía por mail a la jefatura, ah! y también hice una encuesta para saber cuánto sabían del proceso de acreditación antes del curso. (Entrevista N° 5 - Encargado/a de unidad HEGC)*

Las etapas de desarrollo e implementación de los protocolos fueron las más extensas del proceso. En estas, los entrevistados reconocen las siguientes atributos como factores positivos:

i. Involucramiento de los/as jefes/as de unidad en el desarrollo de los documentos y en la supervisión de su implementación

*La supervisión partimos con algunos protocolos no con todos, como con 8. La partí haciendo yo personalmente. Iba por los servicios avisando mira esto no está hecho que se yo, y después para los meses siguientes yo los entregué a las enfermeras encargadas de unidad y ahí se fue entregando a ellas y viendo que se fueran haciendo viendo: ¿cómo vas con las pautas te hago más pautas? Qué se yo como vamos los cumplimientos y veo cumplimientos que uno francamente se da cuenta que nunca había habido protocolo ni supervisión ni nada habían algunos que son casi que uno ve la curva no se poh por ejemplo de identificación nosotros si bien tenemos guaguas teníamos 60% de cumplimiento por ejemplo hoy día tenemos 97- 95 porque siempre hay una cosita que lo dejaron por aquí por allá pero uno ve que eso era una cosa que no estaba y que se logró instaurar. No sé, todo lo que eran los protocolos de prevención de caídas y de úlcera por presión son pautas de supervisión que parten desde cero porque desde el conocimiento de enfermería donde uno dice ya le dejo cambio de posición cada 2 horas... después el hecho de que está el registro del técnico porque antes no había ningún registro del técnico entonces todas nuestras pautas nos salían incumplidas al principio pero ahí se fue mejorando eso. (Entrevista N°6 - Jefe de Unidad)*

ii. Desarrollo del trabajo en base a lo que, efectivamente ocurría. El levantamiento de los procesos, si bien tenía una base teórica, consideró los pasos que las personas ya realizaban, no un ideal. Esto es reconocido como un facilitador, dado que ayudó a que se adoptaran rápidamente los procedimientos normados.

*...uno de los requisitos es que tu levantes exactamente lo que se está haciendo hoy, la verdad porque si tu no levantas la verdad es muy difícil mejorar sobre lo que no ocurre, dicen no como ocurre no mira, la misma cosa de la trazabilidad lo tomas en pabellón lo entrevistas al jefe de pabellón y no aquí el proceso de trazabilidad es que tomas la biopsia queda en este refrigerador y de aquí lo toma la enfermera que lo anota en una planilla Excel y de ahí se va a anatomía y tú dices que puedo mejorar está el descueve. Pero cuando como este el ejercicio de los procesos para que funcione tu tenis que ir a terreno, y no solo preguntarle al jefe de pabellón, sino que a las enfermeras, al auxiliar, y aparece el auxiliar y dice nooo si nunca va la enfermera, el que lo hago soy yo y cuando tengo tiempo porque como es más importante tomar la radiografía bueno cuando puedo poh entonces ahí aparece la posibilidad de mejorar. Y ese proceso fue muy bonito, la gente iba haciendo esta búsqueda de cómo era efectivamente los procesos uno agarraba eso y les decía mira así estamos haciéndolo mejorémoslo, y como la mejora no era desde la teoría que yo creo que ese fue otro punto relevante porque tú dices ya poh lo hace la auxiliar, entonces alguien decía no tiene que ser la enfermera pero tengo 3 no más poh, entonces o que decíamos nosotros es que sea el auxiliar pero capacitémoslo y que él sepa que es lo más importan y la planilla Excel? No poh, un libro foleaito, y él tiene que hacer y quién lo va a recibir allá? el auxiliar por ejemplo, no por el tecnólogo está haciendo y tengo 1 solo tecnólogo, entonces teníamos un proceso y lo arreglamos con un proceso hecho a nuestra media de nuestros recurso pero un proceso explícito claro capacitado que podemos vigilar y después en una segunda etapa ponte tú, tengo un técnico que no sé qué, entonces capaz que lo haga un técnico y ahí cambiaré mi protocolo y lo tendré que capacitar, pero nosotros no hicimos ese juego perverso (Entrevista N°8 - Directora)*

La etapa de evaluación, que duró una semana, puso a prueba todo el trabajo desarrollado durante cerca de dos años. Los entrevistados, reconocen entre lo más distintivo, la participación y compromiso de los profesionales, especialmente del gremio médico, que al inicio, se habían mostrado un poco más distantes del proceso.

*Cosas que se quedan marcadas, yo me acuerdo que cuando llegó el proceso de acreditación, que fue como entretenido y que al final te trae como recuerdos en el futuro, que llegó el momento en que tocaba interrogar a los doctores, iban a ser interrogados en base a clave azul, plan de emergencia, zonas de evacuación, fue muy divertido, porque muy estudiosos se aprendieron las cosas más importantes, doctores que tú dices nunca pescaban nada no estaban nerviosos y además que la comisión acreditadora no decidió salir a terreno si no que llamaron a un grupo de médicos que fueron seleccionados para la interrogación entonces estaban todos aquí en la dirección haciendo fila y atacados, estudiándose aquí y entre ellos, y cómo lo hago y la clave azul, de repente salían como contentos porque lo que le habían preguntado le habían podido dar respuesta, entonces fue un episodio muy entretenido verlos a ellos consagrados ya verlos aquí nerviosos hasta decir basta... (Entrevista N° 13 - Jefe de unidad)*

Las etapas de capacitación y difusión fueron transversales al proceso. Al inicio, se capacitó en temas conceptuales relacionados a la calidad, fundamentalmente a través de sesiones ampliadas. Luego, la capacitación se destinó a abordar los temas incluidos en la pauta de acreditación.

*...vino una etapa de educación primero, educarnos a la comunidad en sus diferentes áreas y estrategias de lo que significa acreditación en calidad, porque hasta ahora todos tienen el concepto de que acreditación significa que somos el mejor hospital en infraestructura que tenemos la mejor calidad de cosas y no tiene que ver con eso, tiene que ver con cómo hacemos los procesos clínicos nuestro del día a día pero bien hechos. (Entrevista N° 7 - Jefe de Unidad)*

*¿Recuerda usted las etapas del proceso, o sea como se fueron comunicando?  
¿Desde capacitación? Primero lo que teníamos que tener después hacer el diagnóstico, o sea cuanta gente nos faltaba a quien y después ejecución de los cursos. Y ahí fueron en reanimación fueron muuucho, porque nos faltaba mucha gente y fueron mucho muchos muchos grupos que hicimos. (Entrevista N° 9 -Encargada de unidad)*

## II. Estrategia comunicacional

### Canales de comunicación usados

La estrategia comunicacional que utilizó el equipo del HEGC fue probablemente, uno de los mayores factores de éxito. Prácticamente todos los funcionarios reconocen que las múltiples actividades de difusión y la relevancia dada a la comunicación por las autoridades del centro, ayudaron a que se entendieran adecuadamente conceptos complejos y a motivar al personal

Por un lado, se hizo amplio uso de la **comunicación oral**. Las reuniones en este sentido fueron un vehículo ampliamente utilizado, lo que es reconocido transversalmente por los entrevistados

*Recuerda usted ¿cómo se comunicó el proceso a los funcionarios, cómo se llevaron las comunicaciones dentro de la organización?  
Yo creo que fueron hartas reuniones al más amplio nivel tratando de llegar a todo el mundo quizás fue más dado al área clínica pero también la parte administrativo recibió muchas preparación en eso o sea el tema de que hacer en caso de un paro cardiorrespiratorio la gente pudo participar sin problemas, o sea eso... (Entrevista N° 15)*

*¿Recuerda usted cómo se comunicó el proceso a los funcionarios?  
Por medio de las jefaturas  
¿Y usted cómo se enteró? ¿A través de las jefaturas también?  
Por reuniones que nos hacían  
¿Y hubo hartas reuniones?  
Si varias, varias  
(Entrevista N° 16 - Auxiliar)*

*¿Cómo se comunicó el proceso a todos los funcionarios a toda la organización?  
Mira, al principio yo creo que fue así como, andábamos un poquito más perdidos, y me voy a poner al nivel de los técnicos paramédicos auxiliares de servicio la gente no profesional digamos, un poco más perdidos porque no se sabía bien del tema, pero posterior a eso cuando ya se empezaron a armar los protocolos se supo que existían 50 características que eran básicas que no nos podíamos caer en ellas, se empezaron a hacer reuniones, varias, reuniones masivas, a todo el hospital se les explicó se les habló de la calidad la enfermera y la doctora de calidad capacitaron en el tema, en el manejo del sistema computacional ,tanto profesionales, vi participar a varias personas, nunca supe si era abierta la invitación, pero yo creo que sí, y eso va en escala, yo lo seguí viendo después con mi supervisora, uno se va metiendo por curiosidad, uno tiene que subir indicadores, va aprendiendo, después los técnicos paramédicos se van sumando, cómo se hace esta cosa y de qué se trata, y así la gente de alguna manera se va sumando... (Entrevista N° - 13)*

*¿Recuerda cómo se comunicó el proceso a los funcionarios?  
Yo creo que se utilizó todos los métodos, casi que hasta en el tete ponían algo para que supiera que era la acreditación, teníamos reuniones clínicas teníamos información a través de mail aprovechábamos la reuniones grupales, de la parte médica, las reuniones científicas, todo el tema donde podía haber una reunión aparte de las reuniones organizadas por la dirección por la jefatura, para poder informar en qué íbamos, cómo íbamos... (Entrevista N° 7)*

*¿Cómo fue la comunicación del proceso?  
Mira se hicieron reuniones, con las colillas de sueldo también se entregaron, y hubo carteles por todos lados, por ejemplo de esto de la alerta azul habían carteles por todos lados y aparte de las capacitaciones entonces todo eso yo creo que todo el mundo estaba informado que estábamos viviendo un proceso de acreditación, y que había ciertas cosas que ellos tenían que saber (Entrevista N° 9)*

Otro aspecto distintivo fueron los múltiples medios escritos usados. Se diseñó una serie de boletines informativos en los que se hizo alusión al proceso de acreditación, los que se entregaron directamente a los funcionarios y se publicaron en pasillos y murales.

*¿Recuerdas cómo se comunicó el proceso a los funcionarios?  
Si, fue como el "boom" de la calidad, porque se hablaba mucho, en todos lados se hicieron en cosas que eran transversales que tenían que saber los funcionarios, se capacitó a los funcionarios a nivel hospital, se hizo difusión mediante escrituras, por ejemplo a veces uno iba a recibir su colilla de sueldo y había información de las cosas de calidad, entonces el año 2011 fue el "boom " de la calidad (Entrevista N° 11 - )*

*Y ¿cómo fue esa campaña (de comunicación) se acuerda más o menos?  
Me parece que estaba publicada en los diarios murales aquí igual se publica todo aquí hay harta información entonces eso se publicó que estábamos en el proceso se explicó en reunión en los servicios que la jefa se sentó y dijo oye sabe que este hospital está empezando en este proceso etc. es importante y a medida que el*

*proceso fue avanzando su fueron informando los avances las necesidades y las prioridades (Entrevista N° - 10)*

### **Rol de la comunicación dado por autoridades.**

Complementariamente a los múltiples canales de comunicación utilizados, los entrevistados mencionan que percibieron que “comunicar” fue prioridad tanto para la directora como para las jefaturas intermedias. Las múltiples asambleas organizadas y conducidas por la directora fueron una muestra directa de ello. Además, los entrevistados percibieron que los jefes de unidad se dieron el tiempo de transmitir esta información a las personas que estaban en sus respectivos equipos.

*¿Cómo se comunicó el proceso a los funcionarios? ¿Cómo fue la comunicación?  
Fue amplia aquí todo se hizo, y tuvimos la suerte de que la jefa, la doctora Yarza, ella es de las que te va a ver al servicio, que te para en el pasillo, que se sienta a almorzar al lado tuyo, y don Claudio y bueno pero de manera estructural de organización de jefatura a supervisor y directamente al personal y además se publicó, se hizo como una especie de campaña (Entrevista N° 10)*

*¿Cómo se comunicó el proceso a los funcionarios?  
Hubo un poco de todo (formal, asamblea etc.) El hospital tiene una área de comunicación que está presente. A medida que van apareciendo los medios para eso, comunicados etc. Todas las instancias se ocuparon para esto, consejo técnico - con los jefes de servicio-, reuniones clínicas- reuniones administrativas, se va transmitiendo esto. (Entrevista N° 2)*

### **III. Liderazgo del Director y las Jefaturas**

#### **Rol del director en el proceso de cambio**

De acuerdo a la información aportada por los entrevistados, se infiere que el estilo de liderazgo de la directora fue un factor de éxito para el proceso de acreditación.

Por un lado los entrevistados destacan su cercanía con el equipo de salud, su “carisma” y su capacidad de transmitir directamente los conceptos complejos al personal:

*¿Cuáles fueron, a su juicio, las principales dificultades del proceso?  
Encantar a la gente. Yo siento que ahí hubo un esfuerzo muy importante. La Dra. Yarza tiene en eso así como hartito ángel y además consigue cosas. Además es como bien especial en eso.. Igual ahora la llaman de otros lados por que ella es como muy seductora entonces sube a la gente y tiene mucha empatía con las personas, entonces eso ayudó. (Entrevista N°3)*

*...hay algo que ha estado presente yo diría siempre y que estas cosas bien conducidas a través de buenos liderazgos afloran y hace que salgan adelante. Sobre todo el liderazgo directivo. Varios directores, la actual y el anterior (con el que se*

consiguió la autogestión). Se entendió claramente que había que trabajar por el hospital y que había que hacer cosas para que saliera adelante. **(Entrevista N° 2)**

*¿Recuerda usted algún hito que haya sido clave para el proceso?*

*La conformación de esta dirección que le tomó el peso. No digo que la anterior no le haya tomado el peso, pero como que esta, creó la unidad, y eso le dio el sentido. La otra le había pasado el tema a enfermería como una sobrecarga de trabajo no más. Esta creó una unidad especialmente dedicada a eso. Un hito que yo me acuerdo, y esto es súper personal, fue una reunión con la parte clínica y la enfermera encargada se manejó de una manera impresionante, exigiéndole a doctores que yo creo que jamás en la vida- y menos una enfermera- les había exigido. O sea, yo me acuerdo que entró el Dr. Uno que es difícil exigirle cosas) no lo quiero dejar plasmado, atrasado a esa reunión. y la Alejandra le dice, : "por ejemplo el Doctor, me debe tales y tales y tales cosas... y todos quedaron "Ohh" y el que él se lo tomara bien, creó una distensión y marcó un antes y un después... **(Entrevista N° 4)***

### **Rol de las jefaturas en el proceso de cambio**

Los entrevistados concuerdan en que existió un genuino y profundo involucramiento de la mayoría de los jefes de unidades clínicas en el proceso de acreditación. Destacan, como fue mencionado, la comunicación que permitió transmitir conceptos complejos a los equipos y además la capacidad de llevar a cabo el desarrollo de los protocolos y procedimientos, en los tiempos que requería el proceso.

*...mi rol principal fue el de comunicar y saber comunicar a todos nuestros funcionarios que están inmersos en nuestro centro de responsabilidad, qué significaba y como necesitábamos que participen cada uno de ellos tener la destreza y la agilidad para poder entregar la información que es muy compleja en lo que es calidad para que la gente no se atemorice frente al cambio que se nos viene **(Entrevista N° 7 - Jefe de Unidad)***

*¿Quiénes participaron en el proceso de acreditación de la calidad?*

*Participó mucha gente digamos, eso es importante, hubo gran participación en este tema. Se fueron distribuyendo entre los distintos sectores del hospital y los distintos servicios, quienes de una u otra manera serían los involucrados. Aquí es muy importante el liderazgo de las personas que condujeron esto. Esto viene de más atrás, pero eso es muy importante, un liderazgo que conduzca. Además se buscó ese liderazgo, ya que todas las unidades debían aportar a esto. Los que se involucran más fácilmente con esto son los profesionales no médicos, enfermería, nutrición, kine. Los médicos son los más difíciles de conducir en esta cosa y de interesar en este cuento. Los médicos venimos haciendo las cosas que hemos aprendido y las seguimos haciendo y como que siempre las hubiéramos hecho muy bien, pero cuando se introducen estas cosas uno empieza a descubrir ciertos elementos que en el fondo van objetivando mucho más claramente lo que uno hace. **(Entrevista N° 2 - Profesional)***

#### **IV. Rol de las personas de la organización**

##### **Participación efectiva de los funcionarios en las etapas del proceso**

Como ha sido señalado, la participación de una gran cantidad de funcionarios fue un elemento característico tanto en el diseño como en la ejecución del plan de acreditación. Una prueba de esto, fue la estrategia usada para la planificación estratégica, que, a través de talleres, permitió la participación de un cuarto de la comunidad hospitalaria.

*... hicimos talleres con una cierta metodología que permitía que la gente pudiéramos ir tomando las ideas de las personas en varios temas, había que soñar la organización y en esos micro talleres tenía la gente la responsabilidad de elegir a alguien de esos micro talleres que su única condición era que no fuera jefe y que por cierto si tuviese ganas de pensarse la organización, o sea que quisiera participar en el taller ampliado, porque por cierto en el taller ampliado participaba de hecho la jefatura y lo que nos hacía falta era poder escuchar al funcionario de primera línea. (Entrevista N° 8)*

*... la planificación estratégica de este hospital está hecha de manera transversal o sea aquí participa desde el auxiliar hasta el médico que trabaja en el pabellón pasando por secretaria entonces los objetivos son súper claros en ese sentido porque a lo mejor puede que se haga una planificación con puros jefes con puros médicos y altas esferas y no sé si dará los mismos resultado que da cuando tu integras al universo del hospital. (Entrevista N° 10)*

En relación a la participación de los funcionarios, llama la atención que ante la pregunta directa acerca de los factores que ayudaron a la acreditación, se repite la respuesta “los funcionarios” o “todo el equipo” o “todo el hospital”.

##### ***¿Recuerda quiénes participaron en el proceso de acreditación?***

*Participaron todos. La pega fue de todos, los funcionarios, fue un desafío tanto para el hospital como para los funcionarios, ser el único hospital acreditado, para este hospital chiquitito. (Entrevista N° 12)*

##### ***De acuerdo a su opinión, ¿Cuáles fueron los factores que ayudaron a que el hospital se pudiera acreditar?***

*Como se organizó el proceso con todo el equipo de salud digamos, nadie puede hacer algo así sin que todo el mundo tenga una participación, que yo creo que la generó la dirección claramente. Porque si tú quieres poner a todos los niños mirando para la derecha tienes que entender el porqué, el proceso de cambio tiene que estar determinado con que Juanito que trabaja allá escondido en el poli también lo sepa y eso es difícil aquí para la estructura organizativa, que es muy jerárquica. (Entrevista N° 14)*

##### ***¿Recuerda quiénes participaron en el proceso de acreditación?***

*Yo creo que todos el hospital en sí participó en la acreditación porque todos somos parte del sistema, somos un equipo, entonces en cierta forma, unos más que otros pero todos participamos en la acreditación. (Entrevista N° 16)*

***¿Usted lo describiría más bien como un proceso centralizado -la participación que residió en muy pocas personas- o más bien fue mas bien participativo?***

*No, no, yo diría que fue bastante participativo, finalmente terminó copando a casi todo lo que era las unidades clínicas y trabajo en el área administrativo a nosotros nos llegó un poco más de rebote pero uno pudo ver que el área clínica estaba bien comprometida y fueron sucediendo cosas que hicieron que las cosas hicieran sentido. (Entrevista N° 15)*

### **Existencia de incentivos para la acreditación**

De acuerdo a los entrevistados, los incentivos para lograr la acreditación fueron fundamentalmente, internos. Es decir, la motivación para llevar adelante el proceso descansó en el convencimiento de los funcionarios en que esto aportaba a un objetivo superior, ya sea construir un mejor hospital o dar una atención mas digna a los usuarios del sistema y no en la búsqueda de un bono o algún tipo de retribución económica.

***¿Cuáles fueron a su juicio las principales motivaciones para lo lograr la acreditación?***

*Que la gente pensaba en los pacientes y que los funcionarios se embarcaron en algo más grande, porque no fue una jefatura fue algo de todos, no lo logras calidad con una parte, lo logras con todos los funcionarios que quieren eso y yo creo que eso fue. (Entrevista N° 12)*

***¿Cuáles eran las principales motivaciones?***

*El entender que lo que la acreditación aseguraba era la seguridad para los niños, niñas y adolescentes que se atendían en el hospital. Yo creo que eso motivó a la gente. El saber que las cosas no se hacen al lote. Que el que atiende es médico, que está vinculado a una sociedad médica, que está respaldado, que aquí no hay nada trucho, que se hacen concursos de selección de personas... (Entrevista N° 4)*

Otro el elemento distintivo respecto a los incentivos, y que de acuerdo a los entrevistados sirvió como facilitador, fue la cultura organizacional. En este sentido, se distinguen al menos tres aspectos muy particulares:

#### **i. Identificación del personal con la organización**

***¿De acuerdo a su opinión, cuales son los factores que ayudaron a la acreditación?***

*La identidad de este hospital y la cultura. Yo creo que la gente que trabaja acá, no se que pasa... hay un proceso de enamoramiento... en mi caso he rechazado pegas hasta por el doble de plata (Entrevista N° 4)*

***¿Cuáles eran o cuales fueron a su juicio las principales motivaciones para lograr la acreditación?***

*Primero, porque tengo primero la camiseta puesta de mi hospital jajá, esa es la primera motivación, tengo muchas, segundo porque me gustan los desafíos, tercero porque amo mi trabajo y el trabajo con niños, entonces si era un trabajo para ofrecer calidad a un paciente pediátrico. (Entrevista N° 11)*

*el éxito es que se logró hacer entender a más del 80% de nuestra comunidad hospitalaria que este era importante... Acá hay muchos que tiene tatuada la camiseta (Entrevista N° 4)*

Esta identificación cobra mayor relevancia en el amago de incendio, ocurrido a mediados del 2011. La principal motivación para asistir y apoyar, sobretodo fuera de horario, es, de acuerdo a los entrevistados, la identificación con el hospital.

*...aquí hubo un amague de incendio heavy, fuerte, y yo estaba en el instituto cuando alguien me dice se está incendiando el Exequiel González Cortés, qué es mi hospital y sabes qué? tome un taxi de 5 lucas y me vine y llegué aquí en 10 minutos y aquí estaba la cagá.. estaba la escoba, porque un amague de incendio donde tienes pacientes pediátricos guaguas lactantes y tenis el piso lleno y te encuentras con todo el mundo, tú vas pasando y fue una suerte de, fue una locura entre la humareda, porque ya después el amago se controló digamos por parte de bomberos pero había un asalto al lugar donde estábamos que era lactantes donde estaba centralizado y hubo que sacar pacientes, entonces te encontrabas con uno una enfermera un doctor de la posta rompimos un vidrio para meternos a sacar algo y ahora nos encontramos en los pasillos y nos saludamos, con la doctora Yarza, me encontré como a las 3 de la mañana, con don Claudio y todos metidos, y eso te permite a ti darte cuenta del lugar donde trabajas que es solidario afectuoso que también tiene las complejidades que tienen todos los grupos de trabajo pero en relación a lo que tiene que ver con la pega eso valió, y siento no tengo experiencia de otros lugares pero sé que aquí si se da una situación que permitió hacer este cambio porque todos estamos conscientes de que trabajamos para un grupo de personas que son niño, que son lo más preciado que tenemos cada uno y que tenemos en las casas los niños entonces yo siento que ese es el plus que nos permite hacer las modificaciones y estar donde nos encontramos. (Entrevista N° 10 -)*

## **ii. Cercanía y sentido de equipo entre funcionarios de distintos estamentos.**

***La última pregunta de acuerdo a su opinión ¿qué factores ayudaron a que el hospital se pudiera acreditar?***

*El recurso humano. Si, lo que tiene que ver el hospital se pone la camiseta en todos los servicios o sea nosotros somos casi una familia chica, porque es un hospital relativamente chico que tiene una dotación no menor cerca de 800 personas que trabaja en 3 turnos pero que en definitiva todos se conocen con todos y ante la necesidad de cualquier situación todos tenemos la posibilidad de recurrir a todos y eso nos permite un plus de que todos estamos llanos a tratar de resolver el problema (Entrevista N° 10)*

Además, es un hecho que no existieron incentivos económicos asociados al proceso. Esto, de acuerdo al relato de los entrevistados y al considerar las características propias de los sistemas de gestión hospitalaria, que en general, dificultan la implementación de este tipo de incentivos.

*El mérito es que se pudo entender como comunidad hospitalaria era importante. Acá no había bono. Acá cuando preguntaban cual es el beneficio, cual es el bono, no había bono. (Entrevista N° 4)*

## Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones

### Conclusiones

Volviendo a los objetivos del estudio de caso, del relato de los entrevistados se concluye que los principales factores que permitieron una acreditación eficaz en el HEGC (objetivo general), fueron:

**1. Comunicación profusa y por múltiples medios.** Los numerosos canales usados por el equipo que lideró la acreditación (diarios murales, folletos informativos, afiches, entrega de información en colillas de sueldo, reuniones, consejos ampliados, etc.), fueron reconocidos como un elemento facilitador del proceso por la mayoría de los entrevistados. A nivel de profesionales y técnicos de primera línea, fue favorable dado que son quienes en general manejaban menos conceptos de gestión. Gracias a la amplia información provista, este grupo se sintió especialmente considerado e incluido en el proceso global de cambio. Para las jefaturas también fue un elemento importante, dado que facilitó su rol de liderazgo con sus equipos.

**2. Compromiso directivo.** Los entrevistados, concuerdan en que la llegada de la directora generó un impulso favorable para el proceso. Reconocen especialmente la capacidad de motivar a los funcionarios y su cercanía con los equipos tratantes. A nivel estratégico, destacó el hecho que priorizará el tema de la calidad por sobre otros temas de gestión (lo que queda además evidenciado en una entrevista anterior revisada y en el relato de 2 entrevistados). Complementariamente, los entrevistados reconocen que la inclusión de muchas personas en decisiones estratégicas (planificación estratégica) aumentó el nivel de compromiso global de los equipos. Esta decisión, por cierto, nace de un agudo conocimiento en temas de gestión del cambio en sector público.

**3. Conformación de un equipo de gestión del cambio empoderado,** destacando el rol de las jefaturas de unidad y de las dos profesionales integrantes de la Unidad de Calidad. Un aspecto clave en la acreditación, es que se seleccionó una enfermera exclusiva para el diseño y la monitorización del plan de acreditación. Esta funcionaria, que venía de fuera de la organización, fortaleció el equipo de gestión de la calidad ya constituido, que había desarrollado un trabajo significativo, aunque no con el nivel de exigencia de la acreditación. Otro aspecto relevante, fue el rol que tomaron los jefes de unidades clínicas, en quienes se reconoce un liderazgo facilitador.

**4. Compromiso de los equipos clínicos (funcionarios de primera línea).**

Complementario al rol de las jefaturas, se evidenció que los entrevistados percibieron que el compromiso de los funcionarios con atención directa de pacientes fue un elemento relevante. Llama la atención la referencia constante a la naturaleza de “hospital pediátrico” que eventualmente potenciaría este compromiso, lo que debería ser profundizado con la observación de otros hospitales con similar público objetivo.

Por otro lado los aspectos críticos de la gestión involucrados en el proceso de acreditación del hospital EGC (primer objetivo específico) según los entrevistados fueron:

**1. Capacitación de los funcionarios.** Los entrevistados, especialmente las jefaturas, reconocen que capacitar al personal fue una de las labores que mas esfuerzo demandó. La acreditación es exigente en este sentido, dado que requiere que cada funcionario maneje conceptos básicos en

temas transversales, como reanimación o conocimiento de protocolos de gestión ante emergencias.

**2. Persuadir al estamento médico de los beneficios de la acreditación de la calidad.** Varios entrevistados reconocen entre las dificultades más importantes, el involucrar al estamento médico en el proceso. Esta dificultad en parte se explica, según los propios entrevistados, por que los médicos presentan una natural resistencia a que se estandaricen decisiones y procesos en que generalmente gozan de alta autonomía.

**3. Priorizar la revisión de procesos en un ambiente de escasez relativa de tiempo.** En congruencia con la escasez de recursos ya mencionada, los entrevistados concluyen que la falta de tiempo para dedicar a la revisión de sus procesos es un obstaculizador. Si bien, se proyecta que estandarizar procesos, a la larga genera mayor claridad y fluidez, esto no es percibido fácilmente por el personal de salud.

Las principales características del modelo de acreditación de la calidad sanitaria Chileno (segundo objetivo específico) son:

**1. Acreditación externa.** Según lo desarrollado en el capítulo IV, la acreditación es realizada por instituciones privadas externas, supervisadas por la Superintendencia de Salud. Esta característica se traduce en una fortaleza, dado que disminuye la probabilidad de conflictos de intereses o sesgo en la aplicación de la pauta.

**2. Grado de exigencia creciente.** Cada certificación trianual, requiere un nivel mayor de cumplimiento de las características totales evaluadas (capítulo V)

**3. Énfasis en la gestión clínica, certificación de competencias del recurso humano y acreditación de estándares de los servicios de apoyo.** Evidenciado en el alto número de características y procesos exigidos en estos ámbitos.

Respecto a la aplicabilidad, cabe señalar que el manual del estándar de acreditación es flexible, de acuerdo al tipo de centro a evaluar. Es más, existe un manual por cada tipo de institución y dentro de las instituciones de atención cerrada, se considera sólo la evaluación de los servicios que se prestan. Complementariamente, se reconoce que el manual es de fácil comprensión, no presentando grandes ambigüedades en su constructo.

## Recomendaciones

Finalmente, se proponen siete actividades estratégicamente claves para conducir procesos de acreditación en hospitales. Basadas en las conclusiones de las entrevistas y en la revisión de literatura relevante, las siguientes iniciativas están pensadas para que el directivo máximo de cualquier hospital las considere al comenzar o continuar este proceso de gestión del cambio.

**1. Coloque el tema en la agenda.** No bastan declaraciones superficiales de intenciones, sino un convencimiento profundo de que el tema en sí es importante. Como se ha señalado previamente, en el Hospital Exequiel González, el tema de la acreditación fue prioritario al nivel que ocupó un lugar central en la “planificación estratégica” cuatrienal. Colocar el tema en la agenda implica incluso relegar otros temas prioritarios e invertir tiempo valioso en actividades que permitan a la mayor cantidad de personas de la organización “digerir” los nuevos conceptos, lentamente.

**2. Identifique y potencie las fortalezas de la organización.** Por muy obvio que sea, la organización no comienza desde el momento que se decide empezar un proceso de acreditación. Cada organización tiene su historia, con sus aciertos y sus fracasos. El Hospital EGC, tenía una de reconocibles éxitos que sin dudas ayudaron a la acreditación. Uno de los más relevantes fue haber obtenido la categoría de Hospital “Autogestionado en Red”, por mérito propio, el año 2007, lo que significó que había una masa de personas con algún grado de conocimiento en acreditación de estándares. Otra característica es un incipiente trabajo en calidad que un equipo médico ya había comenzado a desarrollar, que fue reconocido y valorado por la administración que lideró el cambio. Reconocer las capacidades de las personas además genera cercanía y un ambiente mas favorable para la introducción de cambios.

**3. Comunique profusamente en todos los niveles de la organización.** El énfasis en la comunicación es sin duda uno de los aspectos más críticos en la gestión del cambio y uno de los mas mencionados en la literatura relacionada. Kotter (1995), referente en el tema, plantea como uno de los errores más frecuentes en los procesos de transformación organizacional, el no comunicar lo suficiente la nueva visión estratégica. Mintzberg (1975), en tanto, reconoce las funciones informativas de detector, propagador y portavoz, como centrales en la gestión del directivo. Los funcionarios entrevistados del EGC, casi sin excepción, reconocen que la comunicación a través de múltiples medios, fue clave.

**4. Forme un equipo de cambio competente y diverso.** Dos aspectos son centrales en esta recomendación. Primero, las organizaciones de salud están compuestas por una amplia gama de profesionales y técnicos; y no sólo del sector salud, sino también del ámbito administrativo. Es fundamental, por lo tanto, que el equipo de cambio sepa representar esta diversidad y este compuesto por distintos estamentos profesionales. Sin duda, será agradecido al momento de transmitir el mensaje a los distintos públicos objetivos. Segundo, los profesionales de salud tienen una alta valoración por el conocimiento técnico (congruente con la naturaleza de la actividad). Por lo tanto en los procesos de comunicación y persuasión, los líderes deben manejar con propiedad la temática de la calidad y por tanto, poseer un alto nivel de competencias. Esto puede significar incluso, tener que invertir en capacitación y formación de líderes referentes en el tema.

**5. Transmita optimismo.** La acreditación de la calidad es un proceso largo, tedioso, demandante y asociado prácticamente a ningún incentivo (al menos económico). Es altamente probable que

en algún momento, la confianza del equipo se deteriore y las energías decaigan. En estos momentos es fundamental no sólo la claridad, sino que el optimismo y actitud positiva del líder.

**6. Gestione las oportunidades.** Ningún proceso de esta magnitud está exento de imprevistos e infortunios. Sin embargo, tampoco está ausente de oportunidades. Sortear rápidamente los problemas y gestionar adecuadamente las oportunidades son habilidades claves para conducir un proceso de acreditación de esta magnitud. El hospital EGC supo de esto. A meses de ser evaluados, un amago de incendio amenazó una de las unidades críticas. Lejos de ser conceptualizado como un obstáculo, sirvió para que el equipo reafirmara la necesidad de tener procesos acreditados ante las amenazas de la infraestructura.

**7. Monitorice de cerca y no pierda el control del proceso.** Si bien, esta estrategia puede resultar bastante evidente, contiene un aspecto clave. La monitorización en los sistemas de salud, no puede ser a distancia ni detrás de un computador. Se requiere mirar “in situ” como las cosas suceden. Es “en la ventanilla” donde las cosas suceden y donde finalmente se agrega o desagrega valor público (Waissbluth, 2008).

## Bibliografía

- Annick, M. (2002). "The Chilean Health System: 20 years of reform". En "Revista de Salud Pública de México", vol 44, N°1 enero 2002.
- Association for Quality Management, "Topics, Knowledge Center". En [www.asq.org](http://www.asq.org), rev. en 10/11/2013
- Barcelay, M; Cortázar J.C. (2004) "Una guía práctica Para la Elaboración de Estudios de Caso Sobre Buenas Prácticas en Gerencia Social". Instituto interamericano para el desarrollo social, 2004.
- Bastidas, G y cols. (2007), Reforma de Salud en Chile: El Plan AUGE o Régimen de Garantías de Salud: Su Origen y Evolución, Boletín Escuela de Salud Pública UC, Vol. 32, N°2, 2007
- Bohigas L., La Política de Calidad en el Sistema Nacional de Salud, , en Rev Calidad Asistencial 2001;16:476-518
- Centro de Sistemas Públicos, (2014). "Directivos Públicos Permanecen 2,6 años promedio en sus cargos". En [www.pulso.cl](http://www.pulso.cl), 30/1/2014
- Ceriani J. (2009), La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Arch. argent. pediatr. [online], vol.107, n.5, pp. 385-386. ISSN 1668-3501.
- Cid C. (2011). "The Problems of Private Health Insurance in Chile: Looking for a solution to a history of inefficiency and inequity. *Medwave* 2011 Dic;11(12):e5264 doi: 10.5867/medwave.2011.12.5264
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Pag. Web: [www.deis.cl](http://www.deis.cl); rev. el 01/06/2014
- Donavedian A. (1991) "Una Aproximación a la Monitorización de la Calidad Asistencial". En rev. "Control de la calidad Asistencial" 6, 1 (1-6) 1991.
- *European Foundation for Quality Management. "The EFQM excellence model, European Foundation for Quality Management"*. En [www.efqm.org](http://www.efqm.org), revisado el 10/1/2014
- Fernández J. y cols. (2009). "Acreditación de Servicios Sanitarios" capítulo en "Manual de Calidad Asistencial", Servicio de Salud Castilla la Mancha, 2009.
- Hospital Exequiel González Cortes, 2010. Cuenta Pública. En [www.hegc.cl](http://www.hegc.cl) rev 25/02/2013.
- Hospital Padre Hurtado (2008). "Estudio de incidencia de eventos adversos Hospital Padre Hurtado", Documento interno. 2008

- Institute of Medicine (2001): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.
- Institute of Medicine (1999) *To Err Is Human: Building a Safer Health System* . Washington, DC: The National Academies Press, 2000 .
- Jiménez de la Jara, J. (2003), Política y Organizaciones de Salud en Chile, Reflexiones Históricas. Revista Ars Medica, Vol. 5 N°5, 2003. <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica5/PoliticaOrganizaciones.html>
- Kelley E., Hurst J. (2006). “Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper”, OECD Health Working Papers No. 23. 2006
- Kotter, J (1995) Liderar el cambio, ¿Por qué fracasan los intentos de transformación?, Colección artículos Gestión del Cambio, Harvard Business Review, Ed. Deusto.
- Lancis-Sepúlveda M.L, Asenjo-Araya C. (2014) Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile, Volume 29, Issue 2, March–April 2014, Pages 78–83. Revista Chilena de calidad Asistencial
- Lenz, R (2007), Proceso Político de La Reforma AUGE de Salud En Chile: Algunas Lecciones Para América Latina, Una mirada desde la economía política, Serie Estudios Socio-Económicos N°38 CIEPLAN
- Ley AUGE N° 19966, entrada en vigencia el 1 de abril del 2005.
- Ley de Autoridad Sanitaria en Salud, entrada en vigencia 24 de enero de 2004
- Liker, J. “2004”, The 14 Principles of the Toyota Way: An Executive Summary of the Culture Behind TPS
- Ministerio de Salud de Chile (2008), Guía para la implementación de la acreditación. Documento División de Calidad y Seguridad del paciente
- Ministerio de Sanidad y Política Social, (2008). Estudio IBEAS “Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamerica”.
- Miranda, E (1990), “Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno” Serie Estudios Públicos N° 39 CEP Chile, 5 - 62
- Moore, M (1998) “Gestión estratégica y creación de valor en el sector público” Barcelona, Ed. Paidós
- National Patient Safety Foundation (2000). “Agenda for research and development in patient safety”. Chicago, IL: National Patient Safety Foundation, 2000.

- Organización Panamericana de la Salud (2012) “Análisis comparado del marco jurídico sobre calidad de la atención y seguridad del paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea”. En [www.paho.org](http://www.paho.org)
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2013). “Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2013”. Washington, D.C., Estados Unidos de América. En [www.paho.org](http://www.paho.org).
- Organización Mundial de la Salud (2009). Estadísticas sanitarias mundiales. En [www.who.int](http://www.who.int)
- Organización Mundial de la Salud (2008). “The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research”. Ginebra:
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. “Health at a Glance: OECD Indicators”. En [www.oecd.org](http://www.oecd.org), rev. 1/06/2014
- Rada, G. (2007) “Indicadores en Salud”. En web Gabriel Rada, rev. el 14/06/2014.
- Superintendencia de Salud de Chile (2009), “Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta”. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. En [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl).
- Superintendencia de Salud, página web: [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl), revisada en 01/03/2014.
- Yin, R. (2008) “Case Study Research - design and methods”. Volume 5, Sage Pub.
- Talib, F (2011) “A study of total quality management and supply chain management practices” International Journal of Productivity & Performance Management Mar 2011, Vol. 60 Issue 3
- Velásquez M.S. (2011) “Acreditación de Calidad en Salud”. Exposición en pág. Superintendencia de Salud [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl).
- Weissbluth, M (2008) Gestión del cambio en el sector público, Documento de estudio MGPP, U. de Chile.
- World Health Organization (2005) World Alliance for patient safety, Forward Programme, WHO, 2005.
- Zúñiga A. (2007). “Sistemas Sanitarios y Reforma de Salud en Chile”. En rev. Acta bioethica 2007; N°13. pag 237 - 245

## **Anexo**

### **Anexo 1. Pauta Entrevistas Estudio de Caso**

**Caso:** Factores de éxito en la acreditación de la calidad: El caso del Hospital “Exequiel González Cortés”

**Tipo de Estudio:** EC Explicativo, Instrumental, Narrativo

**Fecha:**

**Entrevistado:**

#### **Preguntas Descriptivas**

¿Cuándo comenzó el proceso de acreditación del hospital?

¿Quiénes participaron en el proceso de acreditación?

¿Cuál fue su rol o función dentro del proceso de acreditación?

¿Qué significó para usted la acreditación?

¿Cuáles eran, a su juicio, los reclamos más importantes de los usuarios antes de la acreditación? ¿Percibió usted algún cambio después de la acreditación?

#### **Preguntas Explicativas**

¿Por qué se tomó la decisión de comenzar el proceso de acreditación de calidad?

¿Cuáles eran, a su juicio, las principales motivaciones para lograr la acreditación?

¿Cómo se comunicó el proceso a los funcionarios?

¿Recuerda usted algún hito que haya sido significativo para el proceso?

¿Cuáles fueron, a su juicio, las principales dificultades del proceso de acreditación?

#### **Preguntas Temáticas**

¿De acuerdo a su opinión, cuáles son los factores que ayudaron a que el hospital se pudiera acreditar?