



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

[supersalud.cl](http://supersalud.cl)

Serie  
monografías  
de apoyo a la  
acreditación  
N° 3

# Guía de Buenas Prácticas para las Entidades Acreditadoras

Intendencia de Prestadores

Marzo - 2011

# Guía de Buenas Prácticas para las Entidades Acreditadoras

## 2011

### **Autores**

Miguel Araujo, Unidad de Asesoría Médica, Intendencia de Prestadores

Rodrigo Contreras, Unidad de Asesoría Médica, Intendencia de Prestadores

### ***Colaboraron en la elaboración y edición del documento final:***

Carmen Monsalve, Subdepartamento de Evaluación, Intendencia de Prestadores

Ana María Cambón, Subdepartamento de Evaluación, Intendencia de Prestadores

Hugo Ocampo, Subdepartamento de Regulación, Intendencia de Prestadores

Rodrigo del Canto, Subdepartamento de Regulación, Intendencia de Prestadores

Sergio Torres, Intendente de Prestadores

## GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LAS ENTIDADES ACREDITADORAS

### Contenido

INTRODUCCION .....	4
1. Ámbito Organización y Liderazgo.....	6
2. Ámbito Gestión de la Calidad.....	7
3. Ámbito Gestión de Clientes.....	9
4. Ámbito Gestión de la Acreditación .....	10
5. Ámbito Gestión de los Recursos Humanos .....	15
6. Ámbito Gestión de la Información .....	18

## INTRODUCCION

Esta Guía de Buenas Prácticas está destinada a las entidades acreditadoras ya constituidas formalmente, así como a todos los profesionales que aspiran a establecer una entidad acreditadora, o incorporarse a una de ellas.

El objetivo del documento es orientar a las entidades para el cumplimiento de buenas prácticas de manejo organizacional y de servicio a los usuarios, y en caso necesario, para poder demostrarlas ante revisores externos.

Para mantener la familiaridad con los documentos del sistema nacional de acreditación, la guía ha sido organizada en ámbitos y características que representan las principales funciones de las organizaciones, pero ellas no buscan determinar la forma en que las entidades se estructuran, y tampoco representan estándares validados que permitan acreditar a las entidades respecto de la calidad de su gestión.

La guía aborda solamente los aspectos considerados esenciales para el correcto desempeño de las entidades en lo que al proceso de acreditación se refiere. Se entiende que a partir de este marco de referencia, las entidades gozan de plena libertad para definir su organización, funcionamiento y procesos, y que las recomendaciones aquí entregadas tienen múltiples formas de ser llevadas a la práctica.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante recordar que diversas materias del funcionamiento de las entidades se encuentra regulado en documentos normativos de la Superintendencia de Salud, cuyo cumplimiento es obligatorio y prima por sobre cualquier recomendación que, a juicio de una entidad, se considere eventualmente en conflicto con lo expresado en esta guía. Este documento fue desarrollado teniendo en consideración dicho marco normativo, representado por el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud (Decreto N°15 de 2007 del Ministerio de Salud), y la Circular IP/N°7 del 16 de Diciembre de 2009, que imparte instrucciones a las entidades acreditadoras sobre el informe de acreditación.

Por último, es preciso señalar que la guía fue desarrollada tomando como referencia principal los estándares de acreditación para organizaciones evaluadoras de la International Society for Quality in Health Care (ISQua), "International Accreditation

Standards for Healthcare External Evaluation Organisations. 3rd Edition December 2007”, los que a su vez incorporan los requerimientos de la International Standards Organisation (ISO) para certificación de organizaciones, los criterios Baldrige para el desempeño de excelencia contenidos en el modelo de excelencia de EFQM (European Foundation for Quality Management), y los criterios de excelencia organizacional de diversos organismos nacionales de acreditación existentes en el mundo.

Esta guía fue aprobada para su publicación en el Observatorio de Buenas Prácticas en Salud, por parte de su Comité Editorial<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Comité integrado por el Director del Observatorio, los Jefes de los Subdepartamentos de Regulación y Evaluación, y de la Unidad Técnica Asesora de la Intendencia de Prestadores, y por el Jefe del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

## 1. Ámbito Organización y Liderazgo.

**La entidad acreditadora es administrada razonablemente para dar cuenta de sus propósitos y objetivos.**

**Característica 1.1:** Las decisiones y comportamiento de la entidad acreditadora son guiados por un conjunto explícito de valores y normas éticas, que incluyen al menos:

- Confidencialidad sobre la información de los prestadores evaluados y de las materias sobre las cuales se tome conocimiento con ocasión de los procedimientos de acreditación.
- Evitar los conflictos de interés con los prestadores institucionales evaluados.
- Independencia, imparcialidad, no discriminación y objetividad de los evaluadores y de los procesos de acreditación.

### **Verificadores:**

- La entidad ha definido los valores y normas éticas que la rigen, así como los principales derechos y deberes que derivan de ellas, para sus directivos y evaluadores.
- Se describen procedimientos explícitos para asegurar el resguardo de la confidencialidad de la información, y se han definido las responsabilidades de los funcionarios de la entidad al respecto.
- La entidad evalúa periódicamente el respeto a la confidencialidad de la información, y analiza los eventos en que ésta pudiere haberse visto afectada.
- Se describen procedimientos explícitos para la declaración y manejo de los potenciales conflictos de interés de la entidad y sus evaluadores.
- La entidad mantiene registro actualizado de los potenciales conflictos de interés que afectan a cada uno de sus miembros, por efecto de haber proporcionado, él o personas relacionadas, servicios profesionales, comerciales o laborales a algún prestador de salud, o haberle prestado asesoría en materias de calidad.

- La entidad evalúa el efectivo cumplimiento de las disposiciones respecto a conflictos de interés contenidas en el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, y analiza los eventos en que éstas pudieren haberse visto vulneradas.
- Se describen procedimientos explícitos para asegurar la independencia, imparcialidad, no discriminación y objetividad de los evaluadores y de los procesos de acreditación.

**Característica 1.2:** Las líneas de responsabilidad en la entidad acreditadora están claramente definidas y son conocidas por el personal.

**Verificadores:**

- Existe un organigrama institucional que define las líneas de autoridad de la entidad.
- El personal de la entidad conoce las líneas de responsabilidad.

**Característica 1.3:** Los miembros del equipo de evaluadores y asesores de la entidad tienen claramente definidas sus responsabilidades y funciones.

**Verificadores:**

- Existe una descripción de cargo de cada miembro del equipo.

## 2. Ámbito Gestión de la Calidad

**La entidad acreditadora vela por la mejora continua de sus servicios.**

**Característica 2.1:** La entidad posee un sistema de evaluación y mejoría continua de su desempeño, que incluye al menos:

- Política y planes de calidad documentados, que abarcan los aspectos más relevantes del desempeño de la entidad relacionados con la calidad del proceso de acreditación, y las relaciones con los usuarios externos (prestadores, Superintendencia de Salud).
- Definición de los responsables de liderar y ejecutar las acciones de mejoría continua de la calidad.
- Evaluación sistemática de los procesos y resultados institucionales relevantes.
- Diseño, implementación y evaluación de planes de mejora para abordar los principales problemas detectados.
- Participación activa de todo el personal de la entidad en las actividades de calidad.

**Verificadores:**

- Programa de trabajo estructurado que incluye identificación de prioridades, definición de metas, y evaluación anual de los aspectos más relevantes del plan de calidad.
- Designación de responsables de coordinar y ejecutar las actividades de mejoría continua.
- Definición de indicadores de procesos y resultados asociados a los aspectos contemplados en el plan de calidad.
- Documentación de las auditorías realizadas, incluyendo el análisis de sus resultados y las medidas de mejora adoptadas.
- Documentación de los resultados de las acciones de mejora implementadas.
- Conocimiento de las metas de calidad por parte del personal de la entidad.
- Conocimiento de los resultados de las actividades de evaluación incluidas en el programa de calidad, por parte del personal de la entidad.
- Conocimiento, por parte del personal de la entidad, de los progresos obtenidos a través de los planes de mejora implementados.

### 3. Ámbito Gestión de Clientes

**La entidad acreditadora mantiene relaciones transparentes y de cordialidad con los prestadores a los cuales debe acreditar.**

**Característica 3.1:** La entidad acreditadora utiliza un protocolo de actuación y relación con los prestadores institucionales a los cuales evalúa, que contempla a lo menos:

- El adecuado trato al personal de los establecimientos evaluados.
- El respeto a las labores asistenciales que se desarrollan en los establecimientos durante el proceso de evaluación.
- El uso de lenguaje comprensible, claro, y adecuado al perfil del entrevistado, al momento de plantear los requerimientos de la evaluación.
- Que la evaluación, su alcance y contenidos no excedan lo contemplado en los documentos regulatorios oficiales del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud.
- La identificación personal y corporativa que deben exhibir los evaluadores durante el proceso de acreditación.

**Verificadores:**

- Se describe en un documento institucional los criterios de actuación y relación con los prestadores evaluados,
- Se constata conocimiento del protocolo por parte de todos los evaluadores de la entidad.

**Característica 3.2:** La entidad realiza mejoría continua de la calidad de su servicio a los clientes.

**Verificadores:**

- La entidad acreditadora busca retroalimentación por parte de los prestadores evaluados a través de grupos focales, encuestas a usuarios, u otros mecanismos, y

evalúa la percepción de éstos sobre la calidad del servicio, y sobre el comportamiento y desempeño de sus evaluadores.

- Los mecanismos de retroalimentación están diseñados de forma tal que no afecten la imparcialidad, objetividad e independencia del proceso de evaluación.
- Se realizan acciones de mejoría, orientadas a los aspectos en que se hayan detectado problemas.

## 4. Ámbito Gestión de la Acreditación

**La entidad acreditadora realiza procesos de evaluación de prestadores institucionales caracterizados por su calidad, objetividad y transparencia.**

**Característica 4.1:** La planificación de la acreditación asegura que el número y combinación de capacidades de los evaluadores permita entregar servicios de calidad.

### **Verificadores:**

- La entidad ha definido sus requerimientos en cuanto al número, perfil y competencias del personal necesario para llevar a efecto adecuadamente los procesos de acreditación, según tipo, tamaño y complejidad de los prestadores.
- Existe constancia que la planificación de cada acreditación se ha realizado conforme a dichos requerimientos, lo que incluye:
  - Definición del número de evaluadores y las horas asignadas a cada uno de ellos.
  - Asignación de funciones de acuerdo con las competencias, roles profesionales y experiencia de cada evaluador.
- Existe constancia que las acreditaciones han sido ejecutadas por el equipo de evaluadores definido en la planificación.

**Característica 4.2:** El equipo destinado a evaluar un prestador se selecciona considerando los potenciales conflictos de interés de los miembros del equipo de evaluación.

**Verificadores:**

- Se declara y registra la presencia o ausencia de potenciales conflictos de interés (de acuerdo al Reglamento del Sistema de Acreditación; Decreto N°15 de 2007 del Ministerio de Salud) de cada uno de los evaluadores convocados a participar en una evaluación, antes de la designación del equipo evaluador.
- Los evaluadores en conflicto han sido excluidos de los respectivos procesos de acreditación.

**Característica 4.3:** La entidad acreditadora asegura una adecuada coordinación con los prestadores institucionales en proceso de acreditación y reconoce sus necesidades específicas.

**Verificadores:**

- Las actividades de evaluación en terreno se inician con una reunión de apertura liderada por la entidad, en la que se informa y se acuerdan con el prestador las principales materias que forman parte del proceso, a saber:
  - Los objetivos y alcance de la evaluación, cuya normativa, términos y condiciones se presumen conocidas por el prestador.
  - Los derechos y obligaciones del prestador durante el período de evaluación.
  - La agenda de la evaluación en terreno (cronograma de trabajo): fechas y plazos concordados con el prestador para las principales actividades del proceso.
  - Presentación de los evaluadores y del coordinador del equipo en terreno, perfil profesional, experiencia y roles específicos que asumirán en el proceso.
  - Modalidad del trabajo en terreno, por ejemplo, cuál será el despliegue de los evaluadores, y si la evaluación se efectuará por servicios, por ámbitos, o de forma mixta, entre otros aspectos.

- Modalidades de comunicación, e identificación de las contrapartes habilitadas y las personas de contacto en cada unidad del prestador institucional.
- Necesidades logísticas básicas para desarrollar la evaluación: oficina, conexión a Internet, otras.
- Representantes de ambas partes firman un acta en que constan las materias tratadas y los acuerdos adoptados.

**Característica 4.4:** El proceso de evaluación en terreno se realiza a través de procedimientos que resguardan la objetividad, confiabilidad y reproducibilidad de las constataciones realizadas.

**Verificadores:**

- Se ha definido por escrito cuáles son los elementos mínimos que deben ser registrados para respaldar el cumplimiento de cada elemento medible durante el proceso de evaluación en terreno.
- La entidad ha desarrollado encuestas, pautas de cotejo y otros instrumentos validados de captura de datos para evaluar el cumplimiento de las características.
- Los instrumentos poseen instructivos de aplicación, definiciones operacionales claras y criterios estandarizados de interpretación de las variables.
- Los instrumentos incluyen además elementos que permiten la trazabilidad del proceso de evaluación en terreno, tales como la identificación del evaluador que aplica el instrumento, la fecha y lugar de aplicación, el personal entrevistado, y los registros que fueron objeto de revisión.
- Los evaluadores han sido capacitados en el uso de los instrumentos.

**Característica 4.5:** La evaluación en terreno se realiza velando por la correcta interpretación de los estándares y de los criterios de cumplimiento de los mismos.

**Verificadores:**

- La entidad ha definido los procedimientos necesarios para que, ante cualquier duda de alguno de los evaluadores que no pueda ser resuelta internamente por la entidad, sobre los criterios de cumplimiento de las características, en especial aquellas de tipo obligatorio, su representante realice oportunamente las consultas del caso a la Intendencia de Prestadores, para que puedan ser aclaradas antes del plazo de término previsto para la evaluación.
- La entidad informa a la Intendencia de Prestadores sobre cualquier controversia o conflicto relevante en la aplicación de los estándares en terreno.

**Característica 4.6:** El proceso en terreno se realiza a través de procedimientos que aseguran que los elementos evaluados son representativos del establecimiento, o de las áreas dentro de éste, a las que se refiere la verificación.

**Verificadores:**

- Se encuentran definidos los criterios y procedimientos de muestreo que la entidad utiliza durante los procesos de evaluación, tanto los referidos a registros como los relativos a las encuestas que se aplican al personal del establecimiento.
- Los métodos de muestreo definidos y aplicados por la entidad son adecuados y cumplen con las recomendaciones de la Intendencia de Prestadores.

**Característica 4.7:** El prestador evaluado es informado oficialmente del término de la evaluación en terreno, y recibe retroalimentación sobre el desarrollo proceso.

**Verificadores:**

- Las actividades de evaluación en terreno culminan con una reunión de cierre liderada por la entidad, en la que se informa al prestador en términos generales sobre:
  - Las condiciones en que se realizó el proceso y el desempeño de las partes.
  - El cumplimiento del plan de trabajo y del cronograma establecidos.
  - Los plazos estimados de entrega del informe, considerando la normativa vigente.

- Acta de cierre firmada por representantes de ambas partes.

**Característica 4.8:** Los Informes de Acreditación de la entidad son técnicamente adecuados y cumplen con la regulación vigente.

**Verificadores:**

- Existen procedimientos escritos y directrices para asegurar la precisión, objetividad y coherencia de los informes de evaluación elaborados por la entidad.
- Los Informes de Acreditación de la entidad cumplen cabalmente con los contenidos requeridos en el rubro “Consideraciones y Fundamentos” (punto 2.3.5 de la Circular IP/N°7), para avalar las decisiones respecto al cumplimiento de cada característica.
- Se lleva un registro en que se deja constancia de las opiniones de los miembros del equipo evaluador y de su Director Técnico, especialmente cuando entre ellos existan dudas o discrepancias respecto a la interpretación de alguna característica o sobre los contenidos y decisiones del informe de acreditación.
- Se lleva un registro de las consultas formuladas a la Superintendencia de Salud, respecto de la interpretación de las normas reglamentarias o de los estándares de acreditación, y de las respuestas oficiales a cada una de ellas.

**Característica 4.9:** La determinación del resultado de la evaluación y la concesión de la acreditación es transparente y coherente con los resultados del proceso de evaluación en terreno.

**Verificadores:**

- Existe coherencia entre los registros realizados en terreno y el informe final de acreditación.

**Característica 4.10:** La entidad acreditadora resguarda la confidencialidad de la información obtenida durante el proceso de acreditación, y que ésta sea utilizada exclusivamente para esos fines.

**Verificadores:**

- Se constata que la información obtenida durante una acreditación es administrada y resguardada de manera confidencial en todos los niveles de la organización.
- La entidad cautela que sus evaluadores no retiren documentos propios del prestador en evaluación.

## 5. Ámbito Gestión de los Recursos Humanos

**La planificación, selección y gestión de los profesionales evaluadores contribuye a la entrega de un servicio de acreditación de calidad.**

**Característica 5.1:** Se mantienen registros actualizados del personal, en forma segura y confidencial.

**Verificadores:**

- Existe un registro actualizado de los miembros del equipo profesional que incluye su compromiso contractual, funciones, formación, experiencia, competencias y capacitación, con los documentos auténticos que los respaldan, así como su participación en actividades de formación y desarrollo, y los resultados de evaluaciones de desempeño.

**Característica 5.2:** Se informa a la Intendencia de Prestadores respecto de todo cambio relevante experimentado en materia de personal.

**Verificadores:**

- Registro actualizado de los cambios producidos en el personal de la entidad, que incluye al menos:
  - Incorporación de nuevos miembros.
  - Retiros o cese de funciones.

- Cambios en el compromiso contractual, funciones, perfil de competencias y/o capacitación del personal.
- Registro de notificaciones realizadas a la Intendencia de Prestadores en estas materias.

**Característica 5.3:** El personal profesional de la entidad acreditadora es seleccionado de modo de cumplir los requerimientos del sistema nacional de acreditación.

**Verificadores:**

- Se dispone de una descripción detallada de las competencias y experiencias relevantes que deben poseer los evaluadores que se incorporan a la entidad acreditadora, conforme a la regulación vigente y a las necesidades de la organización.
- Se aplican procedimientos de verificación del cumplimiento de los requisitos reglamentarios de habilitación profesional e idoneidad de los evaluadores durante el proceso de selección, que consideran al menos:
  - La condición de profesional universitario del evaluador.
  - La experiencia clínico asistencial en el caso de los profesionales del área de la salud.
  - La experiencia en establecimientos de salud de los profesionales de otras áreas.
  - La capacitación en evaluación de la calidad en salud.

**Característica 5.4:** La entidad acreditadora realiza procesos de orientación de los evaluadores que contrata, que enfatiza aspectos éticos, las responsabilidades de cada nuevo miembro y los estándares de servicio de la entidad.

**Verificadores:**

- Registro de actividades de orientación realizadas en el que se documenta la participación del personal nuevo.

**Característica 5.5:** Las responsabilidades de los profesionales evaluadores se encuentran claramente definidas y formalizadas.

**Verificadores:**

- Contrato entre el evaluador y la entidad, que establece al menos: descripción de cargo, funciones, responsabilidades, productos o resultados esperados, período de la contratación, disponibilidad requerida, compromiso de cumplir con las normas de la organización, mantenimiento de la confidencialidad y la independencia, obligación de declaración de conflictos de interés conocidos y potenciales.

**Característica 5.6:** La entidad provee a sus profesionales evaluadores de la asesoría técnica necesaria.

**Verificadores:**

- Nómina de asesores técnicos en materias clínicas, tecnológicas, jurídicas u otras especializadas, necesarias para desarrollar adecuadamente los procesos de acreditación, y los convenios suscritos con éstos.

**Característica 5.7:** El desempeño y las competencias de los evaluadores son evaluados en forma periódica.

**Verificadores:**

- La entidad acreditadora realiza evaluaciones periódicas de desempeño de sus evaluadores, al menos una vez al año, basadas en la retroalimentación entregada por los prestadores evaluados, en mediciones internas de desempeño, auditorías externas, u otros medios técnicamente válidos.
- Los resultados de las evaluaciones han sido compartidos con los evaluadores y se han utilizado para identificar necesidades de formación y ayudar a mejorar el desempeño.
- Se realizan acciones de mejoría de acuerdo a las necesidades detectadas.

**Característica 5.8:** La entidad acreditadora promueve el desarrollo continuo de las competencias de los evaluadores.

**Verificadores:**

- Los evaluadores son capacitados sobre la forma de aplicar los nuevos estándares que se van agregando al sistema de acreditación.
- Los evaluadores son capacitados en los criterios de interpretación, métodos de verificación y aclaraciones sobre los estándares que emite la Superintendencia de Salud.
- Se monitorea y documenta la asistencia del personal a las actividades de capacitación.

## 6. Ámbito Gestión de la Información

### Los sistemas y la gestión de la información apoyan el cumplimiento de los objetivos de la organización.

**Característica 6.1:** Los datos e información que custodia la entidad están organizados para proporcionar un servicio confiable y oportuno, y apoyar los objetivos de la organización y sus necesidades internas y externas.

**Verificadores:**

- Existen responsabilidades y funciones asignadas para la identificación de necesidades de información, la captura y análisis de datos, la entrega o transmisión de los datos interna y externamente, y para mantener y dar soporte a los sistemas de gestión de la información.
- Se identifican los riesgos de infecciones por virus computacionales u otras amenazas similares a la información y se mitigan los riesgos.
- La entidad apoya, educa y entrena a sus profesionales en el procesamiento y utilización de la información.

**Característica 6.2:** Existe un sistema de gestión de documentos institucionales.

**Verificadores:**

- Existe registro (nómina) actualizada de los documentos relevantes de la institución.
- Existe un procedimiento de aprobación de la documentación institucional.

**Característica 6.3:** Se planifican y se siguen procedimientos para respaldar los sistemas, datos e información que maneja la entidad acreditadora.

**Verificadores:**

- Existe un procedimiento documentado para la recuperación de datos en caso de mal funcionamiento, falla total o desastre, incluyendo la copia de seguridad de archivos y custodia de los medios de respaldo.