

VISIONES DE LOS ACTORES CLAVES SOBRE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE LA COMUNA DE CONCEPCIÓN 2016

VIEWS OF RELEVANT STAKEHOLDERS ON THE ACCREDITATION PROCESS OF THE FAMILY HEALTH CENTERS IN CONCEPCIÓN 2016

RESUMEN

Introducción. La Ley N° 19.966, publicada en septiembre de 2004, establece la garantía de calidad en las prestaciones de salud. Para ello se implementa un sistema de acreditación de las instituciones que proveen prestaciones en salud, las realicen en forma segura y cumplan con las expectativas de los/las usuarias. El presente estudio analiza las percepciones de actores claves en cargos directivos de coordinación del proceso de acreditación a nivel local para centros de salud familiar de la comuna de Concepción al año 2016.

Materiales y Métodos. Estudio descriptivo exploratorio de carácter cualitativo que utilizó entrevistas semiestructuradas de actores claves del proceso de acreditación en los centros de salud familiar de la comuna de Concepción, región del Biobío, Chile, durante el año 2016.

Resultados. Las y los actores valoran positivamente la incorporación de la calidad en el sistema público de salud como principio organizacional, demuestran conocimientos sobre aspectos conceptuales de calidad y la normativa pública que regula el proceso. Se identifican aspectos a mejorar el liderazgo del proceso de acreditación, sobrecarga de funciones en los encargados de calidad, resistencia al cambio en los funcionarios de los centros de salud, deficiencias de infraestructura y trazabilidad de la biopsia, así como abordar la continuidad del servicio de atención de salud en periodos de paralización por razones gremiales.

Discusión. Para los actores relevantes del proceso de acreditación de centros de salud familiar en Concepción dicho proceso es un importante factor para que las prestaciones se realicen con calidad y así mejorar la seguridad en los usuarios y sus expectativas.

Palabras claves. Acreditación, Calidad, Atención Primaria en Salud, Garantía de Calidad.

ABSTRACT

Introduction. Law N° 19.966, passed in September 2004, establishes quality assurance in health services. Accordingly, an accreditation system for health service providers to offer services safely and meet the expectations of the users was implemented.

Our study reports the views of relevant stakeholders involved in the accreditation process of Family Health Centers in Concepción in 2016.

Materials and Methods. Qualitative exploratory descriptive study that used semi-structured interviews as research technique. Interviewees were relevant stakeholders involved in the accreditation process of Family Health Centers in Concepción in 2016.

Results. The interviewees positively value the adoption of a quality-of-care culture within the public health care institutions as an organizational principle. Interviewees have knowledge about the conceptual aspects of quality of health care and the accreditation regulation framework. Leadership of the accreditation process, overload of responsibilities of quality managers, resistance to change by health center officials, infrastructure deficiencies and biopsy traceability, are identified as areas for improvement as well as addressing the challenge of continuity of service in periods of union strikes.

Discussion. For relevant stakeholders involved in the accreditation process of Family Health Centers in Concepción the accreditation process is an important factor to strengthen quality and safety of care as well as patients' expectations.

Keywords. Accreditation, Quality of care, Primary Healthcare, Quality Assurance

Bárbara Quiñones,
Hospital El Carmen
Dr. Luis Valentin Ferrada, Maipú.
barbara.quinonesf@redsalud.
gob.cl

Paula de Orúe-Ríos,
Departamento de Salud Pública,
Universidad de Concepción, Chile.

Jaime Contreras,
Departamento de Administración
Pública y Ciencia Política,
Universidad de Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las prestaciones de servicios que se realizan en el sector salud implican importantes riesgos debido a los procesos involucrados¹. Para disminuir el riesgo, los expertos proponen mejorar los procesos de gestión internos relativos a calidad, que incluye el establecimiento de una política de calidad organizacional que considere los objetivos estratégicos, aseguramiento de estándares y la mejora continua².

Avedis Donabedian, uno de los académicos que más influencia ha tenido en el ámbito de la calidad en salud, define las prestaciones de calidad en salud como la seguridad de las atenciones y plantea como esencial preocuparse de la estructura de la organización, de sus procesos y de los resultados³. El mismo autor plantea que las prestaciones en salud serán de calidad si estas cuentan con dos componentes: el técnico, es decir la aplicación de ciencia y tecnología médica para maximizar los beneficios para la salud, sin un incremento proporcional de los riesgos; y segundo, la percepción, es decir como las prestaciones que entrega la institución cumplen con las expectativas de los usuarios³.

En Chile, uno de los primeros desarrollos para mejorar la calidad organizacional en el contexto de modernización del Estado, es la ley 19.553 de 1998, que establece un programa de mejoramiento de la gestión (PMG), que incorporó sistemas de gestión según requisitos normativos ISO 9001. Para esto, implementó un sistema de gestión de la calidad organizacional, cuya finalidad fue contar con actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización respecto de la calidad⁴⁻⁶.

El sistema prestador de salud chileno está conformado por un subsistema público, que otorga cobertura a 77,3% de la población⁷, y otro privado. El subsistema público se organiza en redes asistenciales, con niveles con diferente capacidad resolutoria y cobertura. De este modo, el primer nivel de esta red corresponde a la Atención Primaria de Salud (APS), orientada a entregar una atención integral, considerando al ser humano como un ser biopsicosocial⁸. Los principales dispositivos de Atención Primaria son Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y postas rurales, entre otros. La atención sanitaria que entrega la APS debe ser integrada, continua y permanente, activa, accesible, basada en el trabajo en equipo, comunitaria y participativa, programada y evaluable^{9,10}.

En el año 2000, el sector salud inicia un proceso de reforma, en el cual se define un modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) con tres principios fundamentales: 1) Centralidad en las personas, familias, comunidades, 2) Integralidad y 3) Continuidad de los cuidados⁹. Dentro de este modelo se propone un enfoque comunitario, definido por algunos autores como un modelo metodológico para orientar la acción de las instituciones con las comunidades con las que se relaciona el equipo de salud¹⁰ y señala cuatro ejes, dentro de los cuales se destaca la mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud, con el fin de mejorar la eficiencia del sistema y asegurar la sustentabilidad en el tiempo¹⁰.

Un eje fundamental de la reforma señalada fue la promulgación de la Ley 19.966, que consagra el derecho de los usuarios al acceso a prestaciones de salud con oportunidad, protección financiera y de calidad. En esta última, incorpora dos elementos: a) los profesionales prestadores de salud que brinden la atención deben estar certificados por la Superintendencia de Salud y b) el establecimiento que otorgue la prestación, a quien se le denomina prestador institucional de salud, debe estar acreditado¹¹.

La acreditación es un proceso en el cual los prestadores institucionales de salud (PIS) deben cumplir con una serie de estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud, a través de manuales de acreditación que contienen contenidos normativos y cuyo objetivo es garantizar una atención de calidad. Este manual desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores, facilitando de esta forma su aplicación, junto a pauta de cotejo, la cual es parte del manual¹². En la actualidad, existen estándares (manuales) para acreditar la atención cerrada, atención abierta, Centros de Diálisis, Esterilización y Laboratorios. La acreditación de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) está determinada por el estándar de acreditación de atención abierta y consideran los siguientes ámbitos:

1. Respeto a la Dignidad del Paciente,
2. Gestión de la Calidad,
3. Gestión Clínica,
4. Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención,
5. Competencias del Recurso Humano,
6. Registros,
7. Seguridad del Equipamiento,
8. Seguridad de las Instalaciones,
9. Servicios de Apoyo¹³.

En Chile, hay pocos estudios publicados sobre los efectos de la acreditación en el sistema de salud en general¹⁴ y no se encontraron estudios realizados en la APS. En este contexto, el objetivo del presente estudio fue analizar la percepción y valoración del sistema de acreditación de calidad en APS, desde la perspectiva de actores relevantes del proceso, en la comuna de Concepción durante los años 2015-2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación, corresponde a un estudio cualitativo de corte transversal, descriptivo, que utilizó como técnicas de producción de información la entrevista semiestructurada.

Se estructuró una muestra teórica, basada en posiciones de poder respecto del proceso de acreditación. De este modo, los actores relevantes seleccionados correspondieron a quienes ejercían cargos directivos de coordinación del proceso de acreditación a nivel local en los siguientes niveles: CESFAM de la comuna de Concepción (dos personas), Dirección Comunal de Salud de Concepción (una persona), Servicio de Salud de Concepción (una persona) y Agencia Regional de la Superintendencia de Salud en la Región del Biobío (una persona). Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de noviembre de 2015 y enero de 2016. Todas las entrevistas fueron audio-grabadas, previa firma del consentimiento informado.

La saturación para el conjunto de actores se alcanzó al cabo de la quinta entrevista. Desde el paradigma constructivista y usando teoría fundamentada, las entrevistas que fueron transcritas textualmente, se analizaron siguiendo una lógica inductiva. Se desarrolló un análisis de contenido, para lo cual se generaron códigos abiertos que permitieron estructurar una matriz de categorías definidas. Para el análisis de la información se usó el software Atlas.ti versión 8.0. La investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad de Concepción.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales hallazgos del proceso investigativo, que se desprenden de los discursos que evidencian aspectos positivos y negativos en torno a la calidad como principio de gestión en salud y del proceso de acreditación que han enfrentado durante su periodo de gestión.

Tabla 1: Categorías y subcategorías de la investigación

| Categoría | Subcategorías |
|------------------|--|
| Calidad en Salud | Conocimiento del concepto de calidad |
| | Conocimiento de la Normativa |
| Acreditación | Liderazgo |
| | Sobrecarga de funciones |
| | Resistencia al cambio |
| | Estructura de la Institución |
| | Efecto de las movilizaciones gremiales |

Un primer aspecto explorado en las entrevistas a actores fue evidenciar la valoración que le otorgan a la política de calidad en salud. En base a lo anterior, se identifican los siguientes hallazgos:

a. Concepto de Calidad en la Salud Pública.

Las y los actores reflejan un dominio conceptual uniforme respecto a la calidad en aspectos organizacionales, otorgan una alta valoración en aspectos técnicos y definen un elemento subjetivo asociado a la percepción de los usuarios. Destaca de los discursos, la identificación de la calidad al proceso de mejora continua que deben desarrollar las instituciones de salud, e identifican que el principio de calidad debería estar en prestaciones y servicios de salud pública. Puede concluirse, por tanto, que los entrevistados poseen una valoración positiva de la calidad en salud como principio organizacional y, a la vez, que este es un concepto conocido para la gestión que les corresponde desarrollar en sus respectivas organizaciones.

“Es un concepto (calidad) subjetivo, porque cada uno le da atributos a ciertas cosas que para uno sí son de calidad” (entrevistado 5, 2016)

Las definiciones dadas coinciden con el planteamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que indica que calidad posee tres dimensiones, la técnica, lo humano y el entorno¹⁵. Asimismo, la OPS, define calidad como “satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, (...) seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia (...)”¹⁶. El Ministerio de Salud en Chile reconoce la calidad “como un proceso dinámico, en constante evolución. Es un concepto multidimensional que plantea el desafío para hacer lo correcto (...)”¹⁷.

Las y los actores, al plantear el concepto de calidad, identifican dificultades para lograr este concepto,

que se manifiestan organizacionalmente en aspectos económicos, de capacitación, infraestructura y otros. Sin embargo, valoran positivamente alcanzar este principio dentro de sus instituciones.

Sinónimo (Calidad y salud pública) no creo, pero ya es difícil definir calidad, deberíamos caminar hacia la entrega de la mejor calidad, suena fácil en promocionar un producto, pero no es tanto al entregar un servicio (...). (entrevistado 3, 2016)

Creo que debería ser, vamos tendiendo a eso, no ha sido fácil hemos trabajado desde hace varios años, venimos trabajando en calidad desde el 2011 y acreditamos el 2014, es un trabajo continuo que no acaba (...). (entrevistado 4, 2016)

Cabe señalar que, en el periodo de la investigación la oferta de capacitación en temáticas de calidad y salud era limitada. Además, las mallas curriculares de los profesionales de la salud al año 2016, no necesariamente consideraban la formación de aprendizajes relativos a la calidad organizacional y ésta se entendía como un área de desarrollo a nivel de postítulo o postgrado. Por lo mismo, destaca que las y los entrevistados posean un alto nivel de conocimiento de aspectos conceptuales sobre la calidad como principio organizacional.

b. Conocimiento de la Normativa.

Las y los actores reconocen que el tema calidad cuenta con legislación que es conocida por la institución. Se puede observar en los discursos una progresión en la institucionalización del concepto de calidad al interior de los establecimientos. Las y los actores valoran la calidad en el sistema de salud público como un valor agregado a las prestaciones que se otorgan al interior de los establecimientos de salud.

“El concepto de calidad lo venimos escuchando hace bastantes años en las políticas públicas, círculo de calidad, protocolos aplicando calidad, pero con la rigurosidad que se da ahora no” (entrevistado 4, 2016)

Lo anterior, es congruente con las orientaciones que ha generado el Ministerio de Salud mediante una serie de instructivos emanados desde la Superintendencia de Salud, que están en coherencia con la Ley de 19.937 sobre autoridad sanitaria¹⁸, la ley 19.966 sobre garantías explícitas en Salud¹¹ y el DFL N° 1 del Ministerio de Salud que otorga funciones de autoridad sanitaria a las SEREMIs de Salud, a través

de las Resoluciones Sanitarias¹⁹, que aprueban el funcionamiento y operación de centros de salud. Adicionalmente, existe un compendio de circulares que instruye a las entidades acreditadoras (EA) sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, que otorgan orientaciones sobre cumplimiento de los estándares de calidad²⁰. Puede, entonces, decirse que las y los actores conocen y valoran positivamente esta estructura de normas que materializan el concepto de calidad en el sistema de salud.

Proceso de Acreditación en las Institución de APS de la comuna de Concepción.

Las y los actores entrevistados manifiestan una gran valoración a la instalación de la política de calidad institucional y valoran positivamente el proceso de acreditación y el aseguramiento de la calidad en las prestaciones de salud pública, asumiendo como un deber del Estado su entrega efectiva al usuario. Sin embargo, destacan constantemente en los discursos la existencia de brechas que impiden avanzar en los estándares establecidos por el Ministerio de Salud. En los discursos analizados en la presente investigación se identificaron las siguientes brechas o aspectos a mejorar:

a. Liderazgo del Proceso de Acreditación.

Las y los actores señalan que la responsabilidad de acreditación ha recaído fundamentalmente en el cargo de Encargado de Calidad de los Centros de Salud Familiar y no se evidencia como un trabajo colectivo de mejora. A la vez, no se destaca en los discursos la valoración a equipos gerenciales de gestión municipal como la Dirección de Salud o Director o Directora del establecimiento, que deberían asumir roles conductores del proceso de acreditación y aseguramiento como política de calidad interna.

...la calidad es un proceso en el cual debemos involucrarnos todos y no todos estamos formando parte, ahí está la principal brecha, los equipos no han involucrado a todos los funcionarios al proceso (Entrevistado 1, 2016)

... que la gente te apoye y vaya hacia el mismo lado es súper difícil, complicado, los funcionarios lo ven como un trabajo extra. (Entrevistado 4, 2016)

b. Sobrecarga de Funciones

Cohérente con lo indicado respecto a que la mayor responsabilidad del proceso de acreditación ha recaído como función del encargado de calidad de las instituciones de salud, las personas entrevistadas destacan que, en algunos casos, se ha sumado a tareas y responsabilidades propias del cargo de base de la funcionaria, lo que ha generado una sobrecarga de funciones.

“Es una de las cosas que nos dificulta, los funcionarios porque a nosotros nos contratan para llevar programas, pero a nosotros nos falta tiempo para hacer tanto, porque a veces tenemos que cumplir metas las cuales no son consideradas en los procesos de acreditación sino clínicos, tenemos además responsabilidad en el área de certificación, acreditación” (Entrevistado 3, 2016)

..., no existe una sola persona para eso, existe una sobrecarga, ya que solo son un par de horas destinadas a eso, si queremos que las cosas avancen, debemos verlo como una inversión (...). (Entrevistado 2, 2016)

c. Resistencia al Cambio

Desde la visión de las personas entrevistadas se evidencia una resistencia al cambio por parte de los funcionarios de las instituciones de salud, que se manifiesta en la poca disposición a someterse a procesos estandarizados y acomodar el trabajo desarrollado a los nuevos protocolos de calidad requeridos para cumplir con las pautas de cotejo y normativa impuesta por Superintendencia de Salud.

“yo pienso que hay resistencia a cualquier cambio, también pienso que el recurso humano mira cualquier cambio como control, (...)y ahí va la resistencia al proceso de aplicación de la calidad. La resistencia al cambio de modelo igual lo vemos de manera permanente (...). (Entrevistado 1, 2016)

La imposición de un plazo perentorio en que las instituciones de salud deben estar acreditadas para recibir las subvenciones estatales de patologías del régimen de garantías explícitas (GES), impuesto por ley, generó la necesidad imperiosa de someterse obligatoriamente a estos nuevos estándares; la fecha para cumplir con este proceso, sin embargo, se fue postergando en el tiempo desde la promulgación de la ley. Desde el año 2019, se excluyó de esta imposición a

los centros de salud de atención abierta por el periodo de vigencia del decreto respectivo.

d. Estructura de la Institución

En los discursos de las y los entrevistados se repite como un elemento obstaculizador de la calidad, la existencia de falencias en infraestructura que poseen los CESFAM y el proceso operativo para cumplir con la trazabilidad de la biopsia.

Con respecto a los problemas de infraestructura, las personas entrevistadas señalan que estas falencias afectan el cumplimiento de los estándares que se evalúan en las Pautas de Cotejo de la acreditación. Si bien, la infraestructura no está definida como un estándar propiamente tal dentro del proceso de acreditación, los espacios físicos de las instituciones de salud deben responder a un objetivo estratégico del Ministerio de Salud, establecido en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 y se examina en el proceso autorización sanitaria desarrollada por el Ministerio de Salud.

Yo creo que principalmente los CESFAM, la brecha más grande es el establecimiento, (entrevistado 1, 2016)

(...)al igual que en los ámbitos lo que más nos afecta es la infraestructura (...) (entrevistado 3, 2016)

La trazabilidad de la biopsia es otra de las brechas operativas que se observa por parte de las y los actores entrevistados. Esta característica forma parte del ámbito gestión clínica de la Pauta de Cotejo del Manual de Acreditación de Atención abierta para lo cual la Superintendencia de salud elaboró un documento llamado “Errores de identificación y trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos”, en el cual queda estipulado “Los estándares del sistema nacional de acreditación exigen que los establecimientos de salud aseguren la trazabilidad de las biopsias realizadas a los pacientes, y de los componentes sanguíneos utilizados en las transfusiones. Ello debe complementarse con el aseguramiento de la correcta identificación de los pacientes, muestras, productos y exámenes involucrados en estos procesos”²¹. No obstante lo anterior, de acuerdo con la percepción de las y los actores entrevistados, este aspecto es uno de los más complejos de alcanzar en atención a procesos internos que se deben adoptar y cumplir desde la toma de la biopsia hasta la entrega del resultado al o la paciente.

(...) En el tema de la biopsia hemos ido trabajando porque antes era una de las cosas que más nos costaba, pero cuando se hace siempre los funcionarios se van acostumbrando. (entrevistado 3, 2016)

Hay fundamentalmente tres procesos en situación compleja, la primera es la trazabilidad de la biopsia (...)" (entrevistado 5, 2016)

e. Efectos de las movilizaciones gremiales en el proceso de Acreditación

Finalmente, llama la atención en quienes fueron entrevistados, la valoración que dan al trabajo desarrollado por los CESFAM durante los periodos de movilización que viven tradicionalmente los funcionarios públicos en Chile, en atención a mejores remuneraciones y que, en el caso particular del año 2015 consideró además, una demanda de mayor financiamiento a la APS y mejoramiento a las condiciones laborales (infraestructura y pronta entrega de obras civiles pendientes en CESFAM).

Si, de todas formas, la continuidad y la oportunidad, en esta movilización se ha notado. Es la atención en la red, no se han prestado todas las prestaciones, no se colocan vacunas, no se ha entregado en su totalidad los medicamentos (Entrevistado 1, 2016)

Si, pero nosotros tenemos turnos éticos, no podemos dejar a un lado una urgencia, siempre resguardamos todos, medicamentos siempre se entregan. (Entrevistado 3, 2016)

Sobre lo anterior, las personas entrevistadas señalan que los centros de salud no trazan los estándares durante estos periodos de movilización gremial, aunque existe una continuidad del servicio con turnos éticos. Resulta evidente, entonces, que la calidad se ve afectada por una baja posibilidad de cumplir con la vigilancia de los protocolos durante estos periodos.

DISCUSIÓN

Los procesos de acreditación de prestadores de salud son una expresión de la función de rectoría de la autoridad sanitaria. En este sentido, la incorporación de una cultura de calidad en los centros de salud contribuye al éxito del proceso, como reportan algunos estudios. Un estudio en APS en Qatar observa que existe una correlación positiva entre la percepción de la acreditación entre trabajadores y la atención de calidad, siendo esta percepción mayor donde las

estructuras se identifican organizadas como grupos y no como jerarquías²². Un segundo estudio, en los Países Bajos, informa que en APS, los procesos de acreditación fueron facilitados al contar con una persona responsable del proceso, que aseguraba líneas claras de comunicación al interior del equipo y que fuera motivante para mejorar los procesos que aseguran la calidad²³. El programa de acreditación fue percibido como algo positivo para el clima laboral y el compromiso del equipo con la calidad de los cuidados en salud, pero que no tuvo impacto directo en los cuidados de los pacientes. Recibir el certificado de acreditación, aparentemente, tendría bajo valor agregado para los participantes²³.

Una revisión realizada en Israel evidenció que el proceso de acreditación requiere ser ajustado a las características del sistema de salud local, tuvo un alto costo de implementación y mantención y una baja capacidad de demostrar su impacto en la calidad²⁴. Además, este estudio indica que los principales problemas a solucionar son la falta de recursos (en personal y por sobrecarga), agotamiento y fatiga por parte de los trabajadores, así como falta de interés de los líderes de los establecimientos estudiados²⁴.

Otros estudios han reportado que el proceso de acreditación ofrece múltiples ventajas para los prestadores de salud^{25,26}, usuarios^{26,27} y sistema sanitario²⁷.

El proceso de acreditación de la APS, cuyo estándar es establecido por la Superintendencia de Salud como organismo regulador para la atención abierta¹³ consta de una primera etapa, en la cual el Prestador Institucional de Salud (PIS) debe establecer una estructura organizativa idónea para implementar y trabajar según el modelo de gestión de calidad institucional, así como desarrollar una cultura con clara definición de las políticas de calidad para la seguridad de los pacientes²⁸. Dentro de esta etapa es clave el compromiso del equipo directivo de la institución. Además, se debe capacitar de forma constante a los equipos propiciando un trabajo colaborativo y consensuado²⁸.

La segunda etapa, tiene tres puntos claves: efectuar la solicitud de acreditación a la Superintendencia de Salud, organismo que luego de revisar deriva el requerimiento a la Intendencia de Prestadores²⁸, que designa de forma aleatoria una entidad acreditadora (EA) que esté inscrita en el Registro Público de Entidades Acreditadoras de Prestadores Institucionales²⁹, para que esta verifique en terreno el cumplimiento de los procesos informados en la pauta de cotejo de autoevaluación del PIS. Con posterioridad a la visita, la EA entrega a la Superintendencia de Salud

un informe con los hallazgos y es esta entidad reguladora quien determina la acreditación del PIS por un periodo de 3 años²⁸.

En nuestro estudio, las y los actores claves entrevistados en la presente investigación, evidencian valoración positiva al proceso de acreditación al interior de sus recintos de salud, situación coincidente con la reportada en otros estudios en los que donde se señala que profesionales de la salud apoyan los programas de acreditación o están de acuerdo con las normas de acreditación³⁰.

Las personas entrevistadas en nuestro estudio destacan por su conocimiento respecto a conceptos de calidad, mejora continua y excelencia. Evidencian un aprendizaje logrado de forma autónoma en materia de calidad organizacional, puesto que, como se señaló anteriormente, las formaciones profesionales del área de salud no consideraban estos resultados de aprendizajes en las formaciones universitarias. Un tercer elemento destacable es la valoración positiva que las personas entrevistadas otorgan a las regulaciones del proceso de acreditación institucional que regulan y orientan hacia una política de calidad en las prestaciones otorgadas al interior de la institución de salud. Esto último concuerda con lo reportado por El-Jardali, et al³¹ en su estudio, indicando que al introducir nuevo estándares de calidad y reforzar los procesos existentes, los centros pudieron traducir las nociones de calidad en resultados tangibles, que pueden medirse y compararse con otros centros a nivel nacional e internacional.

En nuestro estudio emergen brechas y oportunidades de mejora del proceso de acreditación relacionadas con liderazgo, organización de funciones, gestión del cambio, infraestructura para las prestaciones y el abordaje en periodo de movilizaciones.

Estos hallazgos son también coincidentes con los reportados por un estudio en el ámbito de atención maternal en APS en Indonesia³², publicado en 2016, el cual identifican cuatro factores para mejorar la calidad de cuidados: 1) El liderazgo, que tiene que ver con los conocimientos y actitud, involucramiento en el presupuesto para la acreditación y el manejo del cambio en la cultura organizacional; 2) Un equipo motivado y con colaboración multidisciplinaria; 3) Calidad integrada a las responsabilidades existentes en los trabajadores, y finalmente; 4) El proceso mismo de acreditación, que otorga un valor agregado a la institución³².

Otro hallazgo de nuestro estudio es que, en materia de liderazgo, resulta clave el compromiso de la

dirección comunal de salud y de los directivos del centro de salud, respecto de lo cual, las visiones que emergen son de personas encargadas de la coordinación del proceso de acreditación que enfrentan una sobrecarga de funciones y no se evidencia una gestión colectiva de mejora o compromiso organizacional para enfrentar el proceso. Lo anterior, es concordante con el estudio de El-Jardali, et al³¹, quienes señalan que la percepción de los equipos de salud requiere, en primer lugar, de gestión y liderazgo, con agentes que conduzcan el proceso y que posean claridad en la implementación de la política de calidad. Más del 90% de los encuestados en dicho estudio, estuvo totalmente de acuerdo en que el liderazgo es la fuerza impulsora de la mejora de la calidad³¹.

Las personas entrevistadas en nuestro estudio reconocen una resistencia al cambio por parte de los funcionarios de las instituciones de salud, a quienes no se les ve como agentes facilitadores de cambios orientados a mejoras. Lo anterior, posiblemente, esté vinculado a la obligatoriedad de someterse al proceso de acreditación con fecha perentoria para ello asociada a normativa GES, así como a un inadecuado proceso de socialización con los equipos al momento de desarrollo del trabajo de terreno para realizar las entrevistas.

En relación con aspectos de infraestructura para asegurar calidad en la entrega de las prestaciones, en nuestro estudio emerge la necesidad de mejorar esta dimensión y, de manera específica, los aspectos operativos de la trazabilidad de la biopsia, que es una de las áreas de procedimientos más complejas en los recintos de APS. Este aspecto también coincide con el estudio El-Jardali, et al³¹, quienes evidencian que los recursos financieros limitados fueron el principal desafío que impidió la implementación de los estándares de calidad en los centros de salud de El Líbano, identificándose la necesidad de recursos financieros para incineradores de desechos, llamadas de seguimiento, infraestructura, equipos y tecnología de la información³¹.

Finalmente, un hallazgo que también emerge en nuestro estudio, probablemente porque en periodo de desarrollo de las entrevistas había una huelga de funcionarios de la salud, es el efecto los periodos de movilización de funcionarios públicos sobre la calidad y entrega de prestaciones por parte del centro de salud a los usuarios. En la visión de las personas entrevistadas la paralización de labores de funcionarios públicos que repercute directamente en los principios de oportunidad y continuidad en la entrega de pres-

taciones de salud. Las condiciones de movilización o huelga son una situación constante en el sector salud especialmente en los países de más bajos ingresos, y afecta el principio de continuidad y las garantías en el acceso y oportunidad^{32,33}. Algunos estudios demuestran que se generan efectos en la cantidad de prestaciones que se otorgan durante estos períodos y, de manera específica, disminución de consultas y controles de atención primaria^{34,35}.

Una importante limitación del presente trabajo es que en el periodo en el cual se desarrolló el estudio, sólo existía un Centro de Salud Familiar acreditado en la comuna de Concepción, estando los demás establecimientos en proceso de presentarse a acreditación, lo que limitó la conformación de la muestra de nuestro estudio. Además, como antes se explicó, en el periodo de realización de las entrevistas los establecimientos se encontraban con sus actividades asistenciales paralizadas por razones gremiales, elemento de contexto que puede haber incidido en que en las entrevistas cualitativas realizadas emergieran algunos ámbitos temáticos y que otros fueran omitidos.

Como conclusión de nuestro trabajo, podemos señalar que para los actores relevantes del proceso de acreditación de centros de salud familiar en Concepción, dicho proceso es un importante factor para que las prestaciones se realicen con calidad y así mejorar la seguridad en los usuarios y sus expectativas. Los factores que podrían facilitar el proceso de acreditación serían el compromiso de los directivos y más recursos humanos y de estructura.

Declaración de Intereses

Los autores declaramos ser los únicos responsables de las opiniones que se expresan en la presente investigación. Declaramos no haber recibido financiamiento institucional de ninguna empresa, organización o familia para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 10 Datos sobre la seguridad del paciente [Internet]. World Health organization; 2019 [consultado el 29 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/.
2. ISO 9000. Quality management systems. Fundamentals and vocabulary, International Organization for Standardization. Ginebra, Suiza; 2005.
3. Donobedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista Calidad Asistencia*. 2001;16:s11-s27
4. Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Preparación para la Certificación ISO 9001:2000 para los Servicios Públicos [Internet]; 2007 [consultado el 29 de junio de 2020]. Disponible en: https://dipres.gob.cl/598/articles-37407_doc_pdf6.pdf.
5. Banco Mundial. Evaluación PMG: Estudio de Evaluación en Profundidad del Programa de Mejoramiento de la Gestión, PMG. Informe final [Internet]; 2008 [consultado el 29 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/598/articles-163109_doc_pdf.pdf. Consultado el 1 de julio de 2020.
6. Moyado Estrada F. Gobernanza y Calidad en la Gestión Pública. *Estudios Gerenciales* [Internet]; 2011 [consultado el 1 de julio de 2020];27(120):205-223. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21222706011>.
7. Centro de Estudios Públicos; Escuela de Salud Pública. Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud [Internet]. Santiago: Escuela de Salud Pública U de Chile, CEP; 2017 [consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/cep/libros/libros-digitales/propuesta-de-modernizacion-y-fortalecimiento-de-los-prestadores>.
8. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6- 12 de septiembre de 1978 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Pág. 3. [Consultado el 1 de julio de 2020]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
9. Chile. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud, Serie Cuaderno Modelo de atención N°1. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Chile: MINSAL; 2005 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
10. Martínez V. El Enfoque Comunitario. Estudio de sus Modelos de Base. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales; 2016 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: http://dspace.utalca.cl/bitstream/1950/9417/1/martinez_ravanal.pdf.

11. BCN. Ley N° 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud [Internet]. Publicada el 3 de septiembre 2004. Biblioteca del Congreso Nacional [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>.
12. Chile. Ministerio de Salud. Boletín El tiempo de la calidad en salud [Internet]. 2008 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/6b0eb69d2ae59ce8e04001011f011af2.pdf>.
13. Chile. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta [Internet]. Supersalud; 2009. [consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_Manual_AA.pdf.
14. Saavedra Venegas C. Factores de éxito para la acreditación de la calidad en salud: el caso del Hospital Exequiel González Cortés [Tesis en internet]. Santiago: Universidad de Chile; 2014 [consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116866>.
15. Gómez MA. Calidad y Humanización [Internet]. En: X Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud y IX Conferencia Nacional e Internacional de Calidad en Salud; 2013 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/doc_2015/1-Sistema_Gestion_Calidad/conferencia/2013/26sep/Calidad_y_Humanizacion%20-%20Dra%20Gomez%20OPS.pdf.
16. Organización Panamericana de la Salud. Gestión de calidad: documentos técnicos- políticas/regulación. Asunción: OPS; 2006.
17. Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Chile: MINSAL; Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2012. p. 55 [consultado el 14 de julio de 2020] Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>.
18. Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Ley 19.937 (31 dic, 2008) [Internet] [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=221629>.
19. D.F.L. N° 1 que determina materias que requieren autorización sanitaria expresa [Internet]. Ministerio de Salud [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8878.html>.
20. Chile. Superintendencia de Salud. Circular N°32, interpretativa de las normas del Sistema de Acreditación. Intendencia de Prestadores [Internet]. Superintendencia de Salud; 2017 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-16418_recurso_1.pdf.
21. Chile. Superintendencia de Salud. Errores de Identificación y Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos [Internet]. Serie monografías de apoyo a la acreditación N° 4. Intendencia de Prestadores. Superintendencia de Salud; 2011 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-7297_recurso_1.pdf.
22. Ghareeb A, Ghareeb A, Said H, El Zoghbi M. Examining the impact of accreditation on a primary healthcare organization in Qatar. BMC Med Educ. 2018;18:216. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1321-0>
23. Nouwens E, van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015;16:78. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0294-x>.
24. Dreier D, Blagorzumnaya O, Balicer R, Dreier J. National initiatives to promote quality of care and patient safety: achievements to date and challenges ahead. Isr J Health Policy Res. 2020;9(1):16. DOI 10.1186/s13584-020-00417-x.
25. Bernal González I. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. Estudios Gerenciales [Internet]. 2015 [consultado el 14 de julio de 2020];31(134):8-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21233043002>.
26. Pedraja-Rejas L, Valdés-González G, Riveros-Crawford I, Santibáñez-Rey D. Percepción de la calidad de Servicio de Salud en la ciudad de Arica, Chile: Hacia un Plan de Mejora. Interciencia. 2019;44(9):514-520.
27. Velásquez MS. Acreditación de Calidad en Salud Intendencia de prestadores de Salud Públicos y Privado [Internet]. Superintendencia de Salud; 2011 [consultado el 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b644fa9a8af8d5c0e040010164011221.pdf>.

28. Chile. Superintendencia de Salud. Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. Intendencia de Prestadores [Internet]. Superintendencia de Salud; 2020 [consultado el 15 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8981_guia_practica_acreditacion.pdf.
29. Chile. Superintendencia de Salud. Entidad acreditadora [Internet]. Superintendencia de Salud; 2020 [consultado el 21 de julio de 2020] Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-4024.html#>.
30. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review, *International J Quality Health Care*. 2008,20(3):172–183. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>.
31. El-Jardali, F, Hemadeh R, Jaafar M, Sagherian L, El-Skaff R, Mdeihly R, Jamal D, Ataya N. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:86. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-86>.
32. Limato R, Tumbelaka P, Ahmed R, Nasir S, Syafruddin D, Ormel H, et al. What factors do make quality improvement work in primary health care? Experiences of maternal health quality improvement teams in three Puskesmas in Indonesia. *PLoS ONE*. 2019; 14(12):e0226804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226804>.
33. Jacob A, Weiss H, Mathew A. The impact of general strike on government healthcare delivery in Kerala State in India. *J Environ Public Health*. 2016;2016:8096082. doi: 10.1155/2016/8096082.
34. Russo G, Xu L, Mclsaac M, Matsika-Claquin MD, Dhillon I, McPake B, Campbell J. Health workers' strikes in low-income countries: the available evidence. *Bull World Health Organ*. 2019;97(7):460-467H. doi: 10.2471/BLT.18.225755.
35. Njuguna J. Impact of Health Workers' Strike in August 2014 on Health Services in Mombasa County Referral Hospital, Kenya. *J Health Care Poor Underserved*. 2015;26 (4):1200-6. doi: 10.1353/hpu.2015.0106. PMID: 26548673.