

Proceso de acreditación Joint Commission International

XVII CONGRESO INTERNACIONAL SALUD / CRISIS / REFORMA

Calidad, Gestión y Acreditación: Desafíos y Propuestas

Septiembre 2011



¿¿¿¿ Interrogantes ????

- ***Es la acreditación un fin en si mismo?***
- ***Se justifica el esfuerzo para obtener un certificado de reconocimiento?***
- ***Podría tener los más exigentes standards internacionales sin estar acreditado?***
- ***Es un cumplimiento de normas y requisitos?***
- ***O es más bien un muy profundo cambio cultural e institucional ?***
- ***Se repaga el proyecto?***



XVII CONGRESO INTERNACIONAL SALUD / CRISIS / REFORMA

Calidad, Gestión y Acreditación: Desafíos y Propuestas

Septiembre 2011

Información General

- *El Hospital Universitario Austral -Asociación Civil de Estudios Superiores - es una asociación civil sin fines de lucro, cuyo presidente es el Dr. Enrique Malbran*
- *Sus fundadores fueron los Dres. C.Bergada, E.Malbran, J.Navía, L.McLean, M.Tezanos Pinto, R.Dods*
- *Centro Académico de Salud =
HUA + Facultad de Ciencias Biomédicas (Medicina y Enfermería)*
- *Total colaboradores: 1900 personas (70% funciones asistenciales)*
- *Comenzó su actividad en Mayo 2000, hacia fines del año 2010 se superaron las 340.000 historias clínicas abiertas.*
- *La tasa de crecimiento anual ha sido del 15% en promedio.*

Conceptos generales

La acreditación proporciona un *compromiso visible* por parte de la organización en

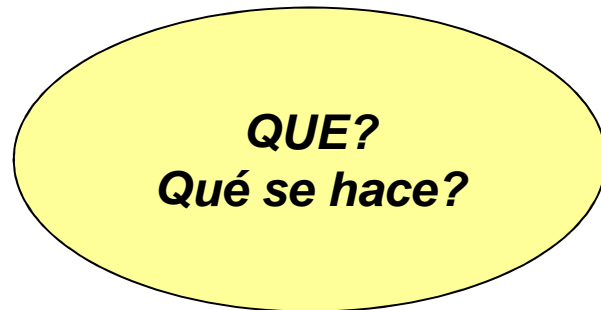
- **Mejorar** la seguridad y la calidad de la atención al paciente.
- **Asegurar** un entorno de atención seguro.
- Trabajar permanentemente para la **disminución de riesgos**, tanto para los pacientes como para el personal.

La acreditación es un proceso en el cual se *evalúa* a una organización, para determinar si cumple con una serie de requisitos (*estándares*), diseñados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención.

Desafíos de la acreditación

- La acreditación significa un profundo cambio cultural para la mejora y seguridad del paciente.
- La acreditación es un proceso de aprendizaje.
- Un largo y exigente camino.
- Involucra a toda la organización –sin trabajo en equipo no hay posibilidad de lograrlo-.
- Exigente compromiso de la Dirección.
- Existirán momentos de satisfacción por los logros y también de “depresión” antes las dificultades.
- Evaluación de los costos.
- Compartir el proceso y las mejores prácticas.

Funcionamiento



Haciendo lo correcto

- Eficiencia
- Apropriadamente

DEFINICION



Haciendo bien lo correcto

- Disponibilidad
- Puntualidad
- Efectividad
- Continuidad
- Seguridad
- Eficiencia
- Respeto y cuidado

PROCEDIMIENTO

Cronograma de acreditación





Funciones Críticas

Decisiones Estratégicas

Mantener informados a los “accionistas” de la marcha del proyecto; Estudiar y aprobar los presupuestos del proceso de acreditación; Establecer las relaciones institucionales con la JCI; Definir la comunicación interna y externa para la puesta en marcha del proyecto

Dirección General

Decisiones Tácticas/Operativas

Sincronizar las agendas de las visitas de los evaluadores; Garantizar el cumplimiento de los plazos de la acreditación; Velar por el ahorro de recursos; Comunicaciones operativas con JCI; Comunicación interna sobre la marcha del proceso. Presentación de presupuestos.

*Comité de Dirección
de Proyecto, Líder*

Decisiones de Procesos

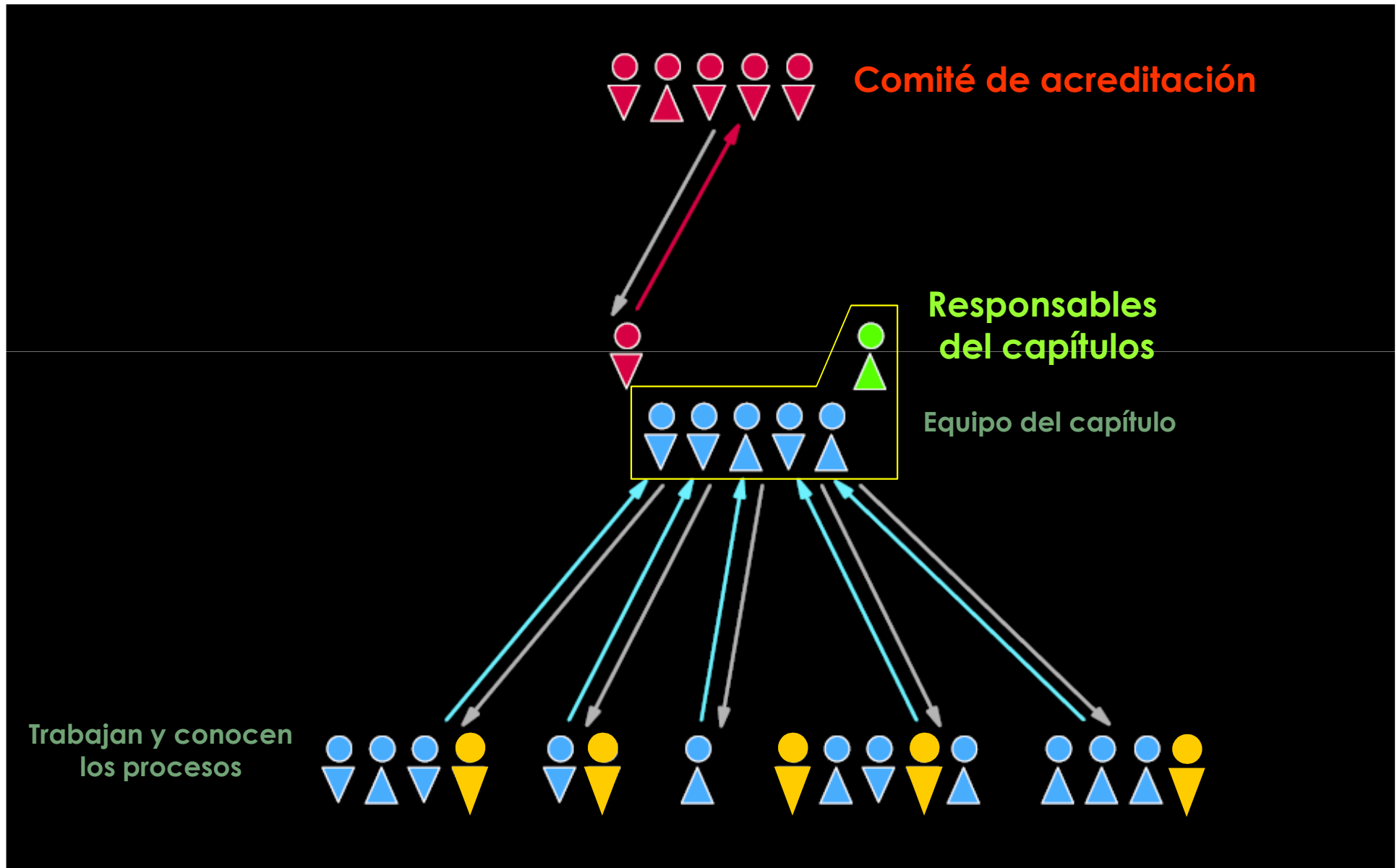
Garantizar la correcta interpretación de los estándares por parte de la institución; Desarrollar procedimientos inherentes al cumplimiento de los estándares; Asegurar que los responsables de área compartan experiencias e intercambien información relevante para acelerar el proceso; Sugerir mejoras al sitio Web y elaborar contenido

*Referentes y
responsables de capítulo*



HOSPITAL
UNIVERSITARIO AUSTRAL
10 años

¿ Cómo distribuimos el trabajo ?



Perfil de los Participantes

1. Comité de dirección del proyecto

- **Miembros de la Dirección de la Organización liderados por el CEO**
- **Unidad de Dirección**
- **Seguimiento frecuente y periódico –semanal-**
- **Tiempo de dedicación del CEO: 20%**

2. Responsables de Capítulos

- **Expertos funcionales**
- **Hay que liberarles el tiempo y eventualmente reemplazarlos**
- **Tiempo de dedicación: 30%**

3. Líder del Proyecto

- **Administra el proceso y coordina el trabajo de los Responsables de Capítulos**
- **Perfil: de gestión, no médico**
- **Experiencia previa: no la tuvo, pero bien formado en administración de proyectos y alta capacidad de aprendizaje y trabajo en equipo.**
- **Capacidad para superar obstáculos y desalientos**
- **Nexo entre la dirección y los responsables de capítulos y áreas, rol de facilitador .**
- **Tiempo de dedicación: 100%**

Perfil de los Participantes

**Si no están cubiertas estas posiciones,
volver a empezar !!!**

- **Responsable de Calidad (médica y no médica)**
- **Responsable de Recursos Humanos**
 - **Capacitación y Desarrollo**
 - **Descripción de Puestos**
 - **Evaluación de Desempeño**
- **Responsable de Normas y Procedimientos**
- **Responsable de Comunicaciones**
- **Seguridad (del personal y de los bienes)**



HOSPITAL
UNIVERSITARIO AUSTRAL
10 años

¿ Cómo se organizan los estándares ?



¿ Cómo se organizan los estándares ?

Sección I: Estándares centrados en el paciente

- *Acceso a la atención y continuidad de la misma*
- *Derechos del paciente y de su familia*
- *Evaluación de pacientes*
- *Atención de pacientes*
- *Anestesia y atención quirúrgica*
- *Manejo y uso de medicamentos*
- *Educación del paciente y de su familia*

Sección II: Estándares de gestión centrados en la organización de la atención sanitaria

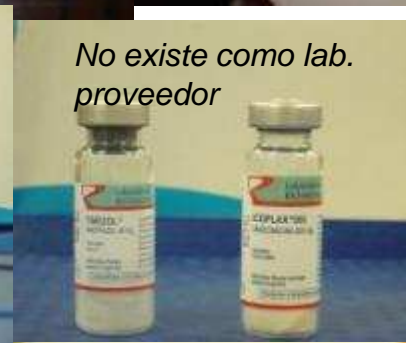
- *Mejora de la calidad y seguridad del paciente*
- *Prevención y control de infecciones*
- *Gobierno, liderazgo y dirección*
- *Gestión y seguridad de las instalaciones*
- *Calificaciones y educación del personal*
- *Manejo de la comunicación y la información*

Aspectos críticos

- Quirófanos (circulaciones, areas limpias).
- Ordenes médicas y de enfermería.
- Farmacia – depósito, farm.perif., carros-



Nombre, fonética, envase similar, rotulación deficitaria, fármacos de estrecho margen, fármacos letales, fármacos altamente tóxicos



No existe como lab. proveedor



Se dispensa con caja

Aspectos críticos

- Quirófanos (circulaciones, areas limpias).
- Ordenes médicas y de enfermería.
- Farmacia – depósito, farm.perif., carros-
- Laboratorio.
- Areas no propias de lo asistencial (Ej: Laboratorios de investigación, biotério, aulas, cocinas).
- Seguridad del edificio
- Gestión de residuos peligrosos.
- Servicios tercerizados (alimentación, limpieza, seguridad, laboratorios, ambulancias).

- Validación de títulos profesionales por fuente primaria.
- Administración de muestras médicas.
- Identificación y circulación de pacientes.
- Políticas: de dirección, de los servicios y procesos.
- Deberes y derechos de los pacientes.
 - Consentimiento informado.

Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG)	
Derechos de los pacientes y de las familias	Consentimientos informados Investigación Donación de órganos
Evaluaciones iniciales	Evaluaciones, reevaluaciones, medicas y de enfermería en ámbitos de internación y ambulatorio.
Servicios de diagnostico	Cumplimiento de leyes y reglamentaciones. Gestión, disponibilidad
Atención de pacientes	Uniformidad , integración y coordinación en la atención Atención de pacientes de alto riesgo Terapia de alimentos y nutrición Gestión del dolor Enfermedades terminales
Gestión y uso de medicamentos	Organización y gestión; Selección y adquisición, Almacenamiento, Orden y transcripción, Preparación y dispensación, Administración, Monitorización

Educación del paciente y de su familia	Evaluación, educación, registro
Control de Infecciones	Programa Procedimientos de aislamiento Higiene de las manos Higiene y esterilización Desecho de residuos.
Calidad y seguridad del paciente	indicadores, eventos centinela, diseño de procesos clínicos y de gestión, mejoras sostenidas.
Gestión y seguridad de la instalación	Matriz de riesgos , materiales peligrosos, Seguridad contra incendios, Equipo médico, Señalética, Circulación, Seguridad, Identificaciones.
Anestesia y atención quirúrgica	Evaluaciones Educación del paciente Consentimientos Registro de procedimientos Monitorización

<p>Cualificaciones y educación del personal</p>	<p>Descripción del puesto Inducciones Formación y capacitación Validación de títulos Privilegios Evaluación de desempeño</p>
<p>Manejo de la comunicación y la información</p>	<p>Comunicación con los pacientes y las familias Comunicación entre profesionales, dentro y fuera de la organización Privacidad y la confidencialidad de la información Codificación estandarizada Política para elaborar y mantener las políticas y los procedimientos</p>
<p>Historia clínica</p>	<p>Segura , Única Identifica autor del registro , privilegios para escritura Diagnostico Tratamiento y sus resultados Debe auditarse</p>

¿ Como nos evaluarán ?

Metodología trazadora (*Tracer*) :

- Elige un paciente, y sigue la experiencia de la atención que se le ha brindado durante todo el **proceso de atención** en el hospital.
- Los evaluadores identifican problemas en todos los sectores por donde el paciente ha pasado (clínicos, de gestión y estructurales) y la comunicación entre los mismos.

Costos de la acreditación

1. Fee de acreditación –survey-
2. Honorarios de consultoría.
3. Costos de auditoría.
4. Costos de plataforma educativa, manuales, documentación de políticas y procedimiento.
5. Comunicación
6. Costos de RRHH directos e indirectos.
7. Visitas a otras instituciones
8. Costos/Inversiones de mejoras
 - Edilicias
 - Sistemas
 - Seguridad
 - Identificación del personal y visitas

Y su repago ???

Metas de la acreditación

- ***Mejorar la atención y la seguridad del paciente***
- ***Crear una nueva cultura del trabajo***
- ***Mejorar la administración de la gestión de salud***
- Reducir los costos y aumentar la eficacia
- Proporcionar educación en las mejores prácticas
- Reconocimiento / expectativas
- Aumentar la confianza pública
- Aumentar las posibilidades de incorporación a redes internacionales y nuevos convenios
- Reducir los costos y aumentar la eficacia

Muchas gracias

XVII CONGRESO INTERNACIONAL SALUD / CRISIS / REFORMA
Calidad, Gestión y Acreditación: Desafíos y Propuestas
Septiembre 2011

Lic. José Luis Puiggari
Director General & CEO
jpuiggari@cas.austral.edu.ar 27

ANEXOS

Funciones de cada Grupo

Dirección General

*Comité de Dirección
de Proyecto*

*Referentes y
Responsables de
capítulos*

*Responsables
de Área*

- *Ser los promotores del cambio cultural institucional*
- *Conformar un **Comité de Dirección de Proyecto** responsable de la dirección del mismo y definir quiénes serán los Responsables de Área para la implementación y cumplimiento de los estándares*
- *Comunicar el Proyecto y la conveniencia de la acreditación a toda la institución*
- *Definir la estrategia de comunicación institucional al mercado en general*
- *Evaluar periódicamente con el Comité de Dirección del Proyecto el avance del mismo y su presupuestación económica*

Funciones de cada Grupo

Dirección General

*Comité de Dirección
de Proyecto*

*Referentes y
Responsables de
capítulos*

*Responsables
de Área*

- *Definir los lineamientos estratégicos para el cumplimiento de los objetivos*
- *Proponer a la DG los servicios de consultoría de la JCI y servir de nexo con los Responsables de Área*
- *Identificar las áreas asistenciales y administrativas a acreditar*
- *Facilitar la información y/o documentación de apoyo necesaria*
- *Impulsar la introducción de cambios*
- *Impulsar un modelo de trabajo único alineado a los nuevos estándares*
- *Establecer sistemas de control y seguimiento*
- *Definir herramientas de los equipos de trabajo y capacitación del personal*
- *Suministrar entrenamiento y educación necesaria para respaldar los nuevos procesos*
- *Evaluar la necesidad de recursos, tanto humanos como económicos*
- *Mantener reuniones periódicas con el Comité de Gestión acerca del avance del proyecto*

Funciones de cada Grupo

Dirección General

*Comité de Dirección
de Proyecto*

*Referentes y
Responsables de
capítulos*

*Responsables
de Área*

Líder

- *Identificar aquellos procesos problema que requieran mejoramiento dentro de cada área de acuerdo a estándares*
- *Identificar conflictos que puedan sucederse entre distintas áreas y/o niveles inferiores, y buscar y proponer soluciones*
- *Facilitar la accesibilidad y comprensión de los estándares a los Responsables de cada Área*
- *Desarrollar un programa de educación continua (e-learning) para asegurar la accesibilidad de toda la organización a los estándares*
- *Realizar la inducción y facilitación de los estándares a los Responsable de Área*
- *Compilar el material originado en todas las áreas para su clasificación, organización y archivo*
- *Preparar la información a ser enviada a la JCI*
- *Preparar la preinspección e inspección*

Funciones de cada Grupo

Dirección General

*Comité de Dirección
de Proyecto*

*Referentes y
Responsables de
capítulos*

*Responsables
de Área*

- *Realizar seguimiento para garantizar que el mejoramiento sea una prioridad en la organización*
- *Establecer reuniones periódicas con los Responsables de Área*
- *Presentar periódicamente reportes de avance y presupuestación al Comité de Dirección de Proyecto*
- *Asegurar el éxito mediante el establecimiento de liderazgo, comprensión y compromiso*
- *Definir los **Responsables de Área** conjuntamente con el Comité de Dirección de Proyecto y avalar los equipos de trabajo designados por ellos*
- *Relevar avance y reportar al Comité de Dirección de Proyecto*
- *Interactuar con los Responsables de Área para facilitar la implementación de los procesos*
- *Relevamiento estadístico, desarrollo de manuales, archivo y preparación de informes*

Funciones de cada Grupo

Dirección General

*Comité de Dirección
de Proyecto*

*Referentes y
Responsables de
capítulos*

*Responsables
de Área*

- *Ser los referentes máximos para el cumplimiento de las normas y estándares en cada área*
- *Comprender todas las dimensiones del modelo de funcionamiento actual y compararlo con las normas y estándares nuevos*
- *Adoptar la cultura del registro de la información en tiempo real*
- *Conformar los Equipos de Trabajo que colaborarán con los Responsables de Área*
- *Elaborar y proponer al Comité de Acreditación la descripción y diagrama de las nuevas acciones y procedimientos que sean necesarios desarrollar para la adaptación de los nuevos estándares*
- *Documentar en toda su extensión dichas acciones y procedimientos*
- *Elaborar el plan de implementación de dichas acciones y/o procesos en cuanto a tiempos, costos y áreas involucradas*
- *Proporcionar entrenamiento al equipo de trabajo propio para colaborar en la planificación de las mejoras*
- *Controlar la ejecución de acciones y procesos e identificar oportunidades de mejoramiento continuo y de retroalimentación*
- *Promover la educación continua a través del e-learning al personal del área*
- *Interactuar en reuniones de avance con representantes de la JCI*
- *Presentar periódicamente al Comité de Acreditación reportes de avance y presupuestación*

Proceso de Acreditación

Evaluación y Diagnóstico

Comprender todas las dimensiones del actual modelo de funcionamiento y compararlo con los estándares de la JCI

Planificación

Planificar las actividades y procedimientos a desarrollar por las distintas áreas para mejorar la eficiencia, eficacia y adaptabilidad a los procesos

Implementación

Implementar los estándares de la JCI y documentar los procesos mejorados a fin de que la institución tenga sus propios manuales de normas y procedimientos

Mejoramiento Continuo

Poner en práctica un proceso de mejoramiento continuo



Actividades para la Acreditación

Evaluación y Diagnóstico

Definir el alcance y misión del proceso de asistencia médica; Definir los límites del proceso; Desarrollar una visión general del proceso; Definir los medios de evaluación y las expectativas del proceso en función de los estándares de la JCI; Elaborar el diagrama de flujo del proceso actual; Ajustar los datos de costos y tiempos; Actualizar la documentación de los procesos

Planificación

Proporcionar entrenamiento al equipo de mejora de procesos para que colaboren con la planificación de las mismos; Identificar oportunidades de mejoramiento

Implementación

Adoptar la cultura del registro de la información; Definición de Outcomes; Revisiones periódicas e los mismos; Eliminación de burocracia y actividades sin valor agregado; Simplificación de procesos; Reducción de tiempos; Eliminación de errores; Eficiencia en el uso de equipos; Estandarización; Automatización; Documentación de procesos; Selección y entrenamiento de empleados

Mejoramiento Continuo

Calificar los procesos; Llevar a cabo revisiones periódicas de la calificación; Definir y eliminar los problemas del proceso; Evaluar el impacto del cambio; benchmark de los procesos, Suministrar entrenamiento avanzado de los procesos

Pasos a Seguir

- Aprobación del presupuesto de consultoría de la JCI
- Evaluación externa por parte de la JCI
- Diagnostico de la situación actual y desarrollo del cronograma del proceso de acreditación
- Capacitación de parte de la JCI
- Etapa de Planificación (6 – 10 meses) e implementación (12 meses)
- Evaluación y control previo a la inspección (6 – 8 meses previos a la inspección)
- Demostrar 6 meses de pleno cumplimiento de los estándares durante la inspección