



C U R S O

GESTIÓN DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN EN SALUD

Módulo 02:
Accreditación en Salud

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCION | 3 |
| REFORMA DE SALUD | 4 |
| PRINCIPIOS QUE GUÍAN EL GES..... | 6 |
| LA REFORMA AUGE..... | 6 |
| GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) | 7 |
| RELACIÓN GES Y GARANTÍA DE CALIDAD | 8 |
| GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN CALIDAD | 8 |
| MINISTERIO DE SALUD | 8 |
| SUPERINTENDENCIA DE SALUD (SIS) | 9 |
| INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (ISP) | 9 |
| CONSIDERACIONES GENERALES..... | 9 |
| ¿QUÉ ES LA ACREDITACIÓN EN SALUD? | 9 |
| ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE LA ACREDITACIÓN? | 9 |
| CARACTERÍSTICAS DE LA ACREDITACIÓN | 10 |
| ¿DE QUIÉN ES LA TAREA DE ACREDITAR?..... | 10 |
| ESTRUCTURA GENERAL | 10 |
| ÁMBITOS Y CARACTERÍSTICAS | 12 |
| ETAPAS DE ACREDITACIÓN | 18 |
| ETAPA PREPARATORIA..... | 18 |
| RESULTADO DE LA EVALUACIÓN | 19 |
| ASIGNACIÓN DE LA ENTIDAD ACREDITADORA | 19 |
| ETAPA EVALUATIVA | 19 |
| RESOLUCIÓN FINAL..... | 20 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 21 |

INTRODUCCION

En 1950, se fundó en Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales, y en 1951, en Estados Unidos, se estableció la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos facilitaron la implementación generalizada de normas de acreditación en los hospitales y dieron lugar a las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961, Avedis Donabedian publicó su primer artículo sobre la calidad en la atención médica, conceptos que continuó desarrollando y que se convertirían en la base del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce a través de tres pilares fundamentales: análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Durante los años sesenta, surgieron las auditorías médicas como un método de control interno dentro de las instituciones, con el fin de verificar y mejorar aspectos específicos de la práctica asistencial. Posteriormente, la JCAH incorporó estas auditorías en sus programas de control de calidad, exigiéndolas como una condición para la acreditación de los centros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha mostrado un gran interés en promover y desarrollar la calidad en salud. En los años ochenta, las organizaciones de salud comenzaron a adoptar filosofías industriales de mejoramiento continuo de procesos (PMC) y la gestión total de calidad, así como la acreditación de hospitales, ampliando su enfoque para promover la mejora de la calidad (Chandía Y, 2006, págs. 8-9).

En 1991, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido adoptó una política formal de calidad, reconociendo el proceso de mejoramiento continuo (PMC) como la forma más rentable de implementarla. El PMC y la gestión total de calidad (TQM) se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Feigenbaum y Kaoru Ishikawa.

En Chile, en 1990, las instituciones de salud comenzaron a acreditarse en Infecciones Intrahospitalarias (IIH). Entre 1996 y 2000, se iniciaron las acreditaciones de instituciones más complejas y de urgencias. El Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH) se desarrolló entre 2000 y 2004, estableciendo estándares en colaboración con los servicios de salud. Aunque sigue siendo relativamente desconocido, cada institución de salud está abordando este tema, creando sus propios verificadores e indicadores en línea con las recomendaciones y exigencias del Ministerio de Salud (MINSAL).

REFORMA DE SALUD

La Reforma de Salud es un proceso de cambios significativos cuyo objetivo es aumentar la equidad en el acceso a la salud y el uso eficiente de los recursos, para satisfacer mejor las necesidades de los usuarios (Superintendencia de Salud).

Durante la década de 1990, se iniciaron varias reformas sociales dirigidas a modernizar el Estado, lo que incluyó reformas en el sector de salud y seguridad social. Los objetivos explícitos de la reforma de salud en Chile fueron mejorar la salud de la población, prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad, reducir las desigualdades en salud y mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad (MINSAL 2001).

La implementación de la reforma en el sector salud llevó al desarrollo de una serie de instrumentos legales que modificaron la estructura del sistema de salud y su marco regulatorio. Destaca la Ley del Régimen General de Garantías en Salud, que no tiene comparación en el mundo. Aunque el acceso a la salud está consagrado como un derecho en la Constitución, no existía ninguna ley que garantizara condiciones mínimas de universalidad, oportunidad, calidad y protección económica. Esta ley implementó un conjunto mínimo de servicios de salud garantizados para un grupo de patologías prioritarias, estableciendo para cada una una garantía GES, conocida como la "canasta de prestaciones" de salud.

A fines de la década de 1990, el diagnóstico del sistema de salud chileno revelaba serias dificultades en el acceso a los servicios de salud, no solo para los grupos bajo la línea de pobreza, sino también para un gran número de beneficiarios de Fonasa, quienes, debido a la falta de oferta, veían limitada su capacidad de resolver sus problemas de salud.

La reforma fue objeto de un arduo debate político debido a su alcance global, que abarcaba ambos sistemas de salud. Esta reforma modificó la Ley del Régimen de Prestaciones de Fonasa, estableciendo un régimen de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Se priorizaron los problemas de salud basados en un razonamiento epidemiológico, la factibilidad de las soluciones, y para cada problema se definieron las áreas de intervención en los distintos niveles de atención de salud: primaria, secundaria y/o terciaria. También se establecieron tiempos máximos de espera para cada etapa (garantía de oportunidad), un conjunto de actividades, procedimientos y tecnologías necesarias para la solución del problema (garantía de calidad) y el copago y gasto máximo anual que una familia puede incurrir (garantía de protección financiera).

El usuario del sistema de salud público estaba sujeto a la disponibilidad de la oferta existente para acceder a una prestación de salud. Por esta razón, surgieron diversas propuestas para reducir las listas de espera en los centros de atención primaria y hospitalaria (Programa de Oportunidad de Atención, Programa de Prestaciones Complejas, entre otros).

La estrategia de asegurar un conjunto de garantías mínimas es una medida ampliamente utilizada para proteger los derechos individuales. Aplicar este enfoque a los derechos sociales, como el acceso a la salud, representa una propuesta interesante para regular y controlar el acceso universal e igualitario.

La entrada en vigor de las garantías GES cambió la estructura de las prestaciones de salud. En términos simples, un beneficiario acude a un prestador de salud, quien constata que el paciente presenta una patología garantizada GES y cumple con los requisitos específicos establecidos. En este caso, el prestador de salud está obligado a informar al paciente sobre este beneficio. Con esta información, el beneficiario debe acudir a su aseguradora, que le indicará cuál es el centro médico u hospital con un convenio vigente donde puede recibir las prestaciones incluidas en la canasta garantizada.

En el caso de Fonasa, la mayoría de las prestaciones se realizan en el centro de atención primaria, CRS u hospital correspondiente al domicilio del beneficiario.

Este marco normativo incluye:

1. **Ley de Financiamiento 19.888 (2003):** Establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno.
2. **Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión 19.937 (2004):** Introduce una nueva concepción de la autoridad sanitaria, fortaleciendo la participación ciudadana y el rol rector y normativo del Ministerio de Salud (MINSAL). Creó la Superintendencia de Salud, que vela por la calidad y el cumplimiento de los compromisos tanto del sistema público como del privado. Además, dividió al MINSAL en dos subsecretarías: la de Salud Pública y la de Redes Asistenciales Público-Privada.
3. **Ley AUGE 19.966 (2004):** Establece un plan de salud obligatorio llamado Régimen de Garantías o Plan AUGE, inicialmente para 25 patologías, en el que el Estado garantiza acceso, oportunidad de atención, calidad y cobertura financiera. Actualmente, este plan cubre 85 problemas de salud de alto impacto sanitario y social.
4. **Ley de Isapre 20.015 (2005):** Regula asuntos como el costo máximo de los planes de salud y sus alzas. También estableció el Fondo de Compensación Solidario para las Garantías Explícitas en Salud (GES) entre las ISAPRES, y mejoró la transparencia y el rol de la Superintendencia de Salud. Su objetivo es proteger a los afiliados de las ISAPRES, mejorar la cobertura para los afiliados y fijar un precio único para las patologías AUGE.
5. **Ley sobre Derechos y Deberes en Salud 20.584 (2012):** Regula los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. Establece, entre otros derechos, el derecho de los pacientes a un trato digno, a recibir asistencia espiritual, a ser informados sobre su diagnóstico y tratamiento, y a la privacidad de su información. También establece deberes tanto para la población como para el personal de salud.

PRINCIPIOS QUE GUÍAN EL GES

El ejercicio de la medicina ha experimentado cambios significativos en las últimas décadas debido a diversos factores, como el desarrollo tecnológico y el consiguiente aumento de los costos, así como el empoderamiento de las personas en todos los ámbitos de la vida pública. Esto ha llevado a que, al requerir atención de salud, las personas exijan un trato respetuoso e información sobre los aspectos que involucran su atención, defendiendo con mayor firmeza su derecho a decidir sobre las acciones de salud que se les realizarán.

En este contexto, es necesario definir el término "prestador de salud", que se refiere a cualquier persona, natural o jurídica, pública o privada, cuya actividad sea la provisión de atenciones de salud.

Se distinguen dos categorías de prestadores:

1. **Prestadores Institucionales:** Aquellos que organizan en establecimientos asistenciales los medios personales, materiales e inmateriales destinados a la provisión de prestaciones de salud, dotados de una identidad determinada y ordenados bajo una dirección, sin importar su naturaleza y nivel de complejidad.
2. **Prestadores Individuales:** Personas naturales que, de manera independiente o como parte de un prestador institucional, o a través de un convenio con este, brindan directamente prestaciones de salud a las personas o colaboran directa o indirectamente en su ejecución. Se consideran prestadores individuales a los profesionales de salud mencionados en el Libro Quinto del Código Sanitario, artículo 112 y siguientes.

El Decreto N°16 de 2009 del Ministerio de Salud (MINSAL) contiene el Reglamento sobre Registros Relativos a Prestadores Individuales de Salud, que incluye a Médicos Cirujanos, Dentistas, Enfermeros, Matrones, Tecnólogos Médicos, Psicólogos, Kinesiólogos, Farmacéuticos, Bioquímicos, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionales y los profesionales auxiliares mencionados en el inciso segundo del artículo 112 del Código Sanitario. Según lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley N°20.584, esta normativa también se aplica a otros profesionales y trabajadores que, por cualquier motivo, deban atender al público o estén vinculados con la prestación de atenciones de salud.

LA REFORMA AUGE

Durante el gobierno del ex presidente Ricardo Lagos, se llevaron a cabo una serie de acciones que impulsaron la reforma en salud. En mayo de 2003, a nivel ejecutivo, se reconoció la necesidad de hacer más explícitas las necesidades de financiamiento para la reforma en salud del programa Chile Solidario. Como resultado, el ejecutivo propuso un aumento explícito del IVA (Impuesto al Valor Agregado) del 18% al 19%, lo que permitió financiar la Ley AUGE.

Finalmente, el plan AUGE fue promulgado en 2004 bajo el nombre de Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), y se estableció que entraría en vigencia en julio de 2005. La implementación de las Garantías Explícitas en Salud (GES) representó un gran avance en comparación con el sistema anterior.

Una vez definidos los problemas de salud que debían garantizarse, con el doble objetivo de establecer estándares mínimos de calidad y mecanismos de control de costos, se encargó a diversos grupos universitarios la tarea de identificar las mejores formas de ofrecer una solución integral a los problemas de salud garantizados, abarcando desde la prevención hasta la rehabilitación. Así se elaboraron Guías Clínicas para cada uno de estos problemas, en las que se especificaron los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que estarían garantizados.

Las Guías Clínicas, basadas en evidencia, tenían además el propósito de reducir la variabilidad en la práctica clínica y de organizar todo el sistema de derivaciones, tanto dentro de las redes asistenciales como entre ellas.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

La Ley consagra como derechos de los beneficiarios las siguientes garantías explícitas:

1. **Garantía de Acceso:** Esta garantía asegura el derecho a ingresar a una red de servicios de salud cumpliendo con requisitos específicos (quién y cómo). Cada administrador es responsable de intermediar las relaciones entre los usuarios y los prestadores, garantizando que los beneficiarios reciban las atenciones de salud garantizadas, sin discriminación, para cualquiera de las enfermedades incluidas en las GES.
2. **Garantía de Calidad:** Es el derecho a recibir atenciones de salud bajo las condiciones técnicas necesarias para proporcionarlas. Estas prestaciones son entregadas por prestadores acreditados que cumplen con los estándares técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.
3. **Garantía de Oportunidad:** Esta garantía establece un plazo máximo para recibir la primera atención y las etapas posteriores. No se considera incumplimiento en casos de fuerza mayor, caso fortuito o cuando la causa es imputable al beneficiario. En esencia, es el derecho a recibir atención dentro de plazos determinados, según las condiciones específicas establecidas para cada problema de salud incluido en las GES.
4. **Garantía de Protección Financiera:** Es el derecho a que se considere el nivel de ingresos del beneficiario para determinar si debe pagar o no por las atenciones de una enfermedad incluida en las GES. En caso de que deba pagar, el monto de sus ingresos determinará el tope máximo o deducible, el cual debe ser cancelado a través de FONASA.

RELACIÓN GES Y GARANTÍA DE CALIDAD

- **Garantía de calidad como Seguridad del Paciente:** Esta garantía se centra en asegurar la seguridad del paciente como un componente clave de la calidad.
- **Registro Nacional de Prestadores Individuales:** Este registro proporciona fe pública de la habilitación profesional de los prestadores de salud.
- **Evaluación externa por entidades acreditadoras:** Estas entidades, asignadas de manera aleatoria y libres de conflicto de interés, son responsables de la evaluación externa.
- **Supervisión por la Intendencia de Prestadores:** La Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud administra y fiscaliza el sistema de acreditación.
- **Reevaluación periódica y mejora continua:** El sistema de acreditación requiere una reevaluación periódica, lo que obliga a los prestadores a mantener un proceso de mejora continua.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN CALIDAD

Las prestaciones de salud garantizadas deben ser otorgadas por un prestador registrado o acreditado, conforme a la Ley N° 19.937, siguiendo las condiciones y forma que establezca el decreto mencionado en el artículo 11, y bajo los estándares de las guías clínicas establecidas por la Autoridad Sanitaria.

Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud fue creado mediante el Decreto con Fuerza de Ley N°25 de 1959, con la responsabilidad de llevar a cabo actividades de programación, control y coordinación en materia de salud pública. Sin embargo, desde hace mucho tiempo, diversas instituciones han estado encargadas de velar por la salud de los chilenos.

Este ministerio tiene como objetivo elevar el nivel de salud de la población, desarrollar de manera armónica los sistemas de salud centrados en las personas, fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud, y mejorar la gestión de la red nacional de atención. Todo esto para responder de manera oportuna a las necesidades de las personas, familias y comunidades, rindiendo cuentas a la ciudadanía y promoviendo su participación en el ejercicio de sus derechos y deberes (Ministerio de Salud).

La visión del ministerio es que las personas, familias y comunidades participen activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo, accediendo a una atención de salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, lo que les permitirá sentirse más seguras y protegidas.

Este ministerio es responsable de formular y actualizar los estándares de acreditación, estableciendo en el decreto GES correspondiente la fecha de inicio de la exigencia de la acreditación de los Prestadores Institucionales de Salud para cumplir con la Garantía de Calidad. Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) son las encargadas de otorgar la Autorización Sanitaria y fiscalizar el funcionamiento de las instalaciones de los Prestadores Institucionales de Salud.

Superintendencia de Salud (SIS)

La Superintendencia de Salud administra el Sistema Nacional de Acreditación, autoriza a las entidades acreditadoras, gestiona las solicitudes de acreditación, y fiscaliza tanto a las entidades acreditadoras como a los Prestadores Institucionales de Salud en el cumplimiento de los estándares por los cuales fueron acreditados. Además, mantiene registros públicos de las entidades acreditadoras autorizadas, de los Prestadores Institucionales de Salud acreditados y de los Prestadores Individuales de Salud legalmente habilitados.

Instituto de Salud Pública (ISP)

El Instituto de Salud Pública supervisa los procesos de acreditación de Laboratorios Clínicos realizados por entidades acreditadoras autorizadas y verifica que los laboratorios acreditados mantengan los estándares por los cuales fueron acreditados.

Consideraciones Generales

- **Pilar para la Garantía de Calidad:** El Sistema Nacional de Acreditación en Salud es un pilar fundamental para asegurar el cumplimiento de la Garantía de Calidad.
- **Equidad y seguridad en la atención:** La acreditación en salud es una herramienta de política pública pro-equidad, destinada a garantizar que todos los usuarios del sistema de salud de Chile, ya sea en la red pública o privada, reciban una atención segura y de calidad.

¿QUÉ ES LA ACREDITACIÓN EN SALUD?

La acreditación es un método de evaluación externa, reconocido, al que se someten voluntariamente los prestadores institucionales autorizados por la autoridad sanitaria, como clínicas, hospitales, centros ambulatorios y laboratorios. Esta evaluación se realiza de manera periódica para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares mínimos de calidad establecidos y normados por el Ministerio de Salud. Este proceso de evaluación es llevado a cabo por Entidades Acreditadoras, que son autorizadas por la Superintendencia de Salud y luego inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras. Las solicitudes de acreditación se presentan ante la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE LA ACREDITACIÓN?

- **Garantía de calidad:** Esta garantía será exigible una vez que entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud.

- **Mejoría Continua de la Calidad:** Forma parte del proceso de mejora continua de la calidad en los servicios de salud.
- **Cumplimiento de GES:** Permite otorgar GES cuando la garantía de calidad esté en vigor.
- **Acreditación obligatoria:** Los hospitales autogestionados deben ser acreditados conforme a la Ley de Autoridad Sanitaria.

CARACTERÍSTICAS DE LA ACREDITACIÓN

- **Estándares según el tipo de establecimiento:** Los estándares se establecen en función del tipo de establecimiento y los niveles de complejidad de sus prestaciones.
- **Acreditación obligatoria:** La acreditación es obligatoria solo para los prestadores institucionales que desean tratar patologías GES.
- **Sistema unificado de acreditación:** El sistema de acreditación es el mismo para prestadores institucionales públicos y privados.
- **Resultados de la acreditación:** Los resultados pueden ser: Acreditado, Acreditado con observaciones, o No acreditado.
- **Garantía de seguridad y calidad:** La acreditación asegura que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.
- **Reevaluación cada tres años:** El proceso de acreditación se realiza cada tres años.

¿De quién es la tarea de acreditar?

La acreditación es una responsabilidad compartida entre todos los miembros del equipo de salud, que incluye a los estamentos clínicos, administrativos, auxiliares y de apoyo. Este proceso es llevado a cabo por personas jurídicas legalmente constituidas, autorizadas por la Intendencia de Prestadores.

ESTRUCTURA GENERAL

El Estándar General para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, cuyos contenidos normativos están especificados en el Manual de Acreditación, desglosa sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. Esta estructura facilita la comprensión de los objetivos que persigue la evaluación en cada caso.

1. Ámbitos evaluados en el proceso de acreditación:

- Respeto a la Dignidad del Paciente
- Gestión de la Calidad
- Gestión Clínica
- Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención
- Competencias del Recurso Humano
- Registros
- Seguridad del Equipamiento

- Seguridad de las Instalaciones
- Servicios de Apoyo

2. **Informe de Autoevaluación:** La autoevaluación es un proceso periódico y documentado de evaluación de las actividades de mejora continua de la calidad que realiza la entidad que desea acreditarse, enfocándose en la seguridad de las prestaciones otorgadas. Este proceso involucra todos los procesos clínicos relevantes de la institución, así como otros procesos críticos relacionados con la acreditación.

El instrumento de autoevaluación debe evaluar como mínimo los mismos ámbitos considerados en el Manual de Acreditación, proporcionando una herramienta que facilite la autoaplicación.

3. **Conceptos de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores:**

- **Ámbito:** Define los alcances de la política pública sanitaria para asegurar una atención de salud con condiciones mínimas de seguridad. Por ejemplo, el Ámbito 1 – Respeto a la Dignidad del Paciente – tiene como objetivo garantizar que la institución provea una atención que respete la dignidad del paciente y proteja los principios éticos esenciales.
- **Componentes:** Constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proporcionan definiciones de aspectos más operativos que contribuyen al cumplimiento del ámbito. Por ejemplo, en el Ámbito 1, uno de los componentes es que "el prestador institucional asegura que el paciente reciba un trato digno".
- **Características:** Desglosan los componentes en aspectos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente. Por ejemplo, el componente "el prestador institucional asegura que el paciente reciba un trato digno" se divide en características como la existencia de un documento de derechos explícitos, la utilización de un sistema de gestión de reclamos, y la evaluación del respeto efectivo de los derechos de los pacientes.
- **Verificadores:** Son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. La evaluación detallada del prestador se expresa en una tabla de trabajo de campo, donde se valoran los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación.

ÁMBITOS Y CARACTERÍSTICAS

| Ámbito 1: Respeto a la Dignidad del Paciente | |
|--|---|
| Sigla de Característica | Exigencia de la característica |
| DP 1.1 | Que la Institución cuente con la respectiva Carta de Derechos y Deberes en Salud, idealmente en su entrada principal o un lugar que asegure su visibilidad para todo quien ingresa al Centro. |
| DP 1.2 | Que exista un Sistema de Gestión de Reclamos de fácil acceso para los usuarios y una evaluación de la percepción de los pacientes respecto del respeto a sus derechos. |
| DP 2.1 | Que en la Institución se obtenga y registre el consentimiento informado del paciente previo a procedimientos de alto riesgo. |
| DP 3.1 | Toda investigación realizada por la Institución en seres humanos debe contar con la aprobación de un Comité Ético-Científico. Los profesionales médicos deben estar al tanto de esta obligación. |
| DP 4.1 | Debe existir un Comité de Ética Asistencial a quien el personal pueda acudir en determinados casos de resolución ética; por ejemplo, en caso de duda de la competencia del paciente para tomar una decisión autónoma. Los profesionales médicos deben estar al tanto de este procedimiento. |

| Ámbito 2: Gestión de la Calidad | |
|---------------------------------|---|
| Sigla de Característica | Exigencia de la característica |
| CAL 1.1 | Todo Centro debe establecer su política de calidad y con ello un equipo responsable de liderar las acciones de mejora continua. |
| CAL 1.2 | Cada Servicio Clínico y de Apoyo, debe tener sus propias metas de calidad y un equipo responsable de ellas. |

| Ámbito 3: Gestión Clínica | |
|---------------------------|--|
| Sigla de Característica | Exigencia de la característica |
| GCL 1.1 | Se exige la realización y registro de la evaluación pre-anestésica a todo paciente que sea intervenido quirúrgicamente con anestesia general o regional. |
| GCL 1.2 | Los profesionales de enfermería deben protocolizar sus procedimientos y evaluar el cumplimiento de dichos protocolos, por ejemplo: procedimiento de instalación de vías venosas, manejo de tubo endotraqueal, instalación de catéter urinario. |
| GCL 1.3 | Debe existir un programa de evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post operados. |
| GCL 1.4 | Se exige un procedimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada, así como la designación de los responsables de su aplicación. |
| GCL 1.5 | Las Unidades de Pacientes Críticos deben definir los criterios de ingreso y egreso de pacientes, haciendo la distinción entre Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio. |
| GCL 1.6 | Se exige que los criterios clínicos para la indicación de cesárea se encuentren establecidos. |

| | |
|----------|--|
| GCL 1.7 | Deben definirse los criterios de indicación médica de transfusión de hemocomponentes. |
| GCL 1.8 | Debe existir un Comité Oncológico Médico, ya sea del Centro o uno al que el centro pueda acceder. |
| GCL 1. | Se exige un procedimiento establecido para prevenir eventos adversos asociados a la contención física de pacientes con agitación psicomotora. |
| GCL 1.9 | El Centro debe establecer los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento suicidio. |
| GCL 1.11 | Debe existir un sistema estandarizado de registro, rotulación, traslado y recepción de todas las biopsias, que permita constatar trazabilidad (es decir un histórico del trayecto, desde la obtención hasta la entrega del informe). |
| GCL 1.12 | Debe identificarse a los pacientes adecuadamente, siendo dicha identificación obligatoria para recién nacidos, pacientes pediátricos, pacientes con compromiso de conciencia y pacientes que ingresan a pabellón. |
| GCL 1.13 | Se exige un protocolo para el manejo del tratamiento con anticoagulantes orales. |
| GCL 2.1 | El Centro debe establecer medidas preventivas para los eventos adversos quirúrgicos, como por ejemplo la aplicación de un check list de cirugía segura. |
| GCL 2.2 | Se exigen medidas de prevención de caídas de pacientes, úlceras por presión y errores de medicación. |
| GCL 2.3 | Debe existir un sistema de vigilancia de eventos adversos y eventos centinela, que incluya un sistema de reporte. El Centro debe realizar un análisis de cada evento centinela que se haya presentado. |

| | |
|---------|--|
| GCL 3.1 | Se exige la implementación de medidas de prevención de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), así como su vigilancia según la normativa vigente establecida por el MINSAL. |
|---------|--|

| Ámbito 4: Acceso, Oportunidad y Continuidad | |
|---|---|
| Sigla de Característica | Exigencia de la característica |
| AOC 1.1 | Debe establecerse un procedimiento de atención inmediata a las personas en situación de emergencia con riesgo vital dentro de la institución, el cual debe ser conocido por todo el personal. |
| AOC 1.2 | En el Servicio de Urgencia debe existir una categorización, que contemple la gravedad y factores de riesgo del paciente para priorizar la atención. |
| AOC 1.3 | Se exige que cada institución defina cuales son los resultados críticos o situaciones de riesgo detectadas a través de pruebas diagnósticas (Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología), que deben ser notificados oportunamente al profesional de salud responsable del cuidado del paciente o eventualmente al paciente o su representante. |
| AOC 2.1 | Debe existir un protocolo de derivación para los pacientes que excedan la capacidad de resolución del Centro. |
| AOC 2.2 | Se exige un sistema de entrega de turnos establecido por cada Unidad Clínica y para todos los miembros del equipo de salud. |

| Ámbito 5: Competencias del Recurso Humano | |
|---|---|
| Sigla de Característica | Exigencia de la característica |
| RH 1.1 RH 1.2 | Todos los profesionales y técnicos de salud, en funciones transitorias o permanentes, deben estar habilitados legalmente para ejercer sus funciones. |
| RH 2.1 RH 2.2 | El Centro debe contar con un Programa de Inducción y de Orientación para el personal nuevo que ingresa. Este Programa debe enfocarse en temas relevantes para la seguridad del paciente. |
| RH 3.1 | Se exige capacitación en reanimación cardiopulmonar y prevención de IAAS para todo el personal que participa en atención directa de pacientes. |
| RH 4.1 RH 4.2 | Debe establecerse un Programa de Salud Laboral con el fin de proteger al personal de riesgos a exposiciones, así como los procedimientos a seguir en caso de accidentes con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas. |
| RH 4.3 | Se exige que se vacune al personal, al menos contra Hepatitis B. |

| Ámbito 6: Registros | |
|-------------------------|--|
| Sigla de Característica | Exigencia de la característica |
| REG 1.1 | Se exige que el Centro cuente con una Ficha Clínica única e individual para cada paciente. |

| | |
|---------|--|
| REG 1.3 | Todo paciente debe recibir por parte del Centro un documento escrito en que se detalle: el diagnóstico, procedimientos realizados e indicaciones de seguimiento. |
| REG 1.4 | Se exige al Centro asegurar la integridad y confidencialidad de sus registros |

| | |
|------------------|---|
| | Ámbito 7: Seguridad del Equipamiento |
| EQ 1.1 | Se exige un procedimiento establecido para la adquisición de equipamientos clínicos, que considere la participación del personal técnico como de los profesionales que utilizan dichos equipos. |
| EQ 2.1 EQ 2.2 | El Centro debe contar con un Programa de Mantenimiento Preventivo para todos los equipos críticos y relevantes para la seguridad de los pacientes, por ejemplo: desfibriladores, equipos de ventilación mecánica, etc. |
| EQ 3.1 | Se exige establecer quiénes son los autorizados a utilizar los equipos relevantes, de acuerdo a un perfil técnico o profesional. |

| | |
|---------|---|
| | Ámbito 8: Seguridad de las instalaciones |
| INS 1.1 | Debe existir un Plan de Prevención de Incendios. |
| INS 2.1 | Se exige un Plan de Evacuación en caso de incendio, sismo o inundación. |
| INS 3.1 | Debe existir un Programa de Mantenimiento Preventivo para las instalaciones, como, por ejemplo para ascensores, calderas, techumbre, climatización, entre otros. |
| INS 3.2 | El Centro debe contar con un plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable. |

ETAPAS DE ACREDITACIÓN

El proceso de acreditación se compone de tres etapas: la etapa preparatoria, la evaluativa y la resolutive. Estas permiten que un establecimiento de salud pase por una evaluación completa y, si es aprobada, obtenga la acreditación.

Etapa Preparatoria

Durante la Etapa Preparatoria, el primer paso para la acreditación es realizar la solicitud a través del Sistema Informático de Acreditación de Prestadores de Salud, inicialmente de manera digital, y luego en formato físico. El prestador debe tener en cuenta que puede desistir de la solicitud en cualquier momento del proceso, presentando formalmente su decisión al Intendente de Prestadores de Salud.

Al ingresar la solicitud, el sistema web asigna automáticamente un número de solicitud, que se comunica al prestador en el mensaje de confirmación del sistema. La solicitud comienza con el estado de "Solicitada". Posteriormente, se debe presentar la documentación en papel a la Oficina de Partes de la Superintendencia de Salud (ubicada en Alameda 1449, Edificio Santiago Downtown torre 2, Santiago, Chile) o en la Agencia Regional correspondiente. Los documentos requeridos incluyen:

- La solicitud de acreditación firmada por el representante legal del establecimiento.
- El informe de autoevaluación, también firmado por el representante legal.
- La cartera de prestaciones de la institución.
- La ficha técnica actualizada.
- El organigrama de la institución.
- Planos o croquis del establecimiento.
- Las resoluciones de autorización sanitaria para las instalaciones y el funcionamiento del prestador.

Estos documentos deben ser presentados en su formato original o como copias autenticadas por un notario público o un ministro de fe del organismo emisor. La Oficina de Partes folia, digitaliza y envía la documentación a la Intendencia de Prestadores en un plazo máximo de tres días hábiles.

El proceso culmina con una resolución que acepta o rechaza la solicitud de acreditación. Si es aceptada, se procede a la asignación aleatoria de una Entidad Acreditadora. Durante la evaluación de los antecedentes, el sistema indicará que el proceso está "en evaluación", lo cual se notificará al prestador por correo electrónico, incluyendo el nombre del profesional a cargo.

La evaluación de la solicitud incluye dos aspectos:

1. **Evaluación Técnica:** Se verifica que la documentación aportada esté completa y se evalúa su consistencia, concordancia e idoneidad para el proceso de acreditación. Por ejemplo, se revisa la aplicabilidad de las características informadas en la autoevaluación y la concordancia entre las autorizaciones sanitarias y las prestaciones realizadas.
2. **Evaluación Jurídica:** Se revisan los aspectos legales de la documentación, como las autorizaciones sanitarias, la personería jurídica, entre otros.

Si se detecta algún error o falta de documentación, se contactará al responsable de la solicitud para que subsane la situación en un plazo determinado. Si no se corrige, se considerará que la solicitud ha sido desistida.

Resultado de la Evaluación

1. **Solicitud Aceptada:** Se notifica al prestador mediante una Resolución Exenta, enviada por carta certificada y a través del sistema web, donde el estado cambiará a "Solicitud Aceptada". La notificación se envía también a todas las Entidades Acreditadoras.
2. **Solicitud No Aceptada:** Se notifica al prestador que su solicitud ha sido rechazada, también mediante Resolución Exenta y a través del sistema web, donde el estado cambiará a "Cancelada".

Asignación de la Entidad Acreditadora

Una vez seleccionada la entidad acreditadora, el estado de la solicitud cambia a "Notificada", y se envía un correo electrónico informando a la entidad de su designación. La entidad tiene cinco días hábiles para aceptar o rechazar la asignación. Si la entidad rechaza la designación, se procederá a una nueva asignación aleatoria en el próximo procedimiento de designación.

Si la entidad acepta la designación, el estado cambiará a "Designación Aceptada" y se notificará al prestador, quien deberá pagar la mitad del arancel en un plazo máximo de 10 días hábiles. El monto del arancel depende del estándar a evaluar, la complejidad del prestador y la ubicación geográfica, y está expresado en Unidades Tributarias Mensuales (UTM).

Una vez pagada la mitad del arancel, la entidad tendrá cinco días hábiles para establecer la fecha de inicio del proceso de evaluación en terreno, que no deberá exceder los 40 días hábiles posteriores a este pago.

Etapas Evaluativas

En la etapa evaluativa, una vez establecida la fecha de inicio del proceso de evaluación en terreno, el sistema cambiará el estado a "Planificada", notificando al prestador por correo electrónico. La entidad remitirá un cronograma de la visita en terreno, que incluirá fechas, horarios, nombres de los evaluadores, características a evaluar y los profesionales involucrados. Durante la evaluación en terreno, los evaluadores registran sus hallazgos en la Pauta de Cotejo del manual correspondiente, utilizando criterios objetivos y fundados científicamente.

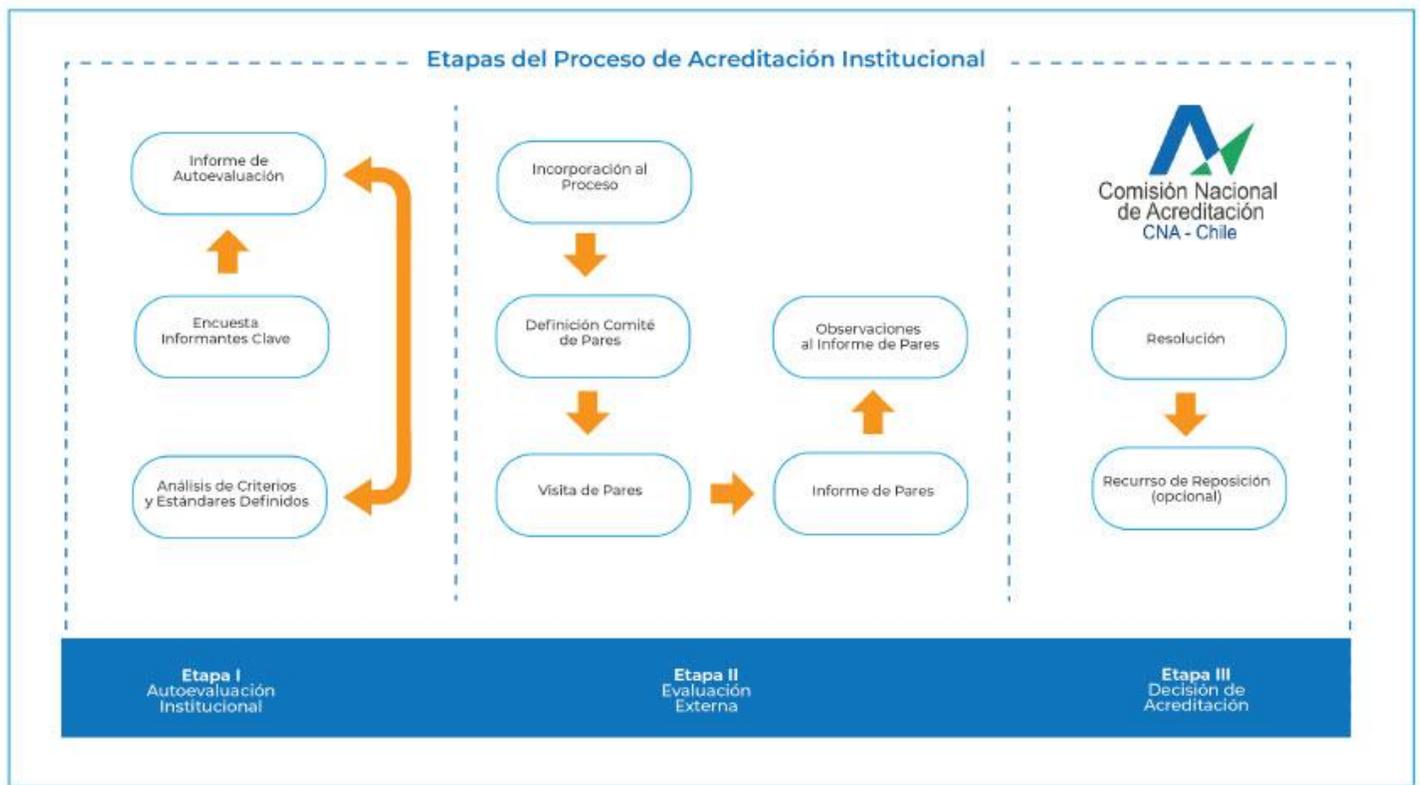
Al finalizar la evaluación en terreno, se realizará una reunión final con el director técnico, los evaluadores, y los directivos y encargados de calidad del prestador para presentar los hallazgos, especialmente aquellos relacionados con las características obligatorias. No se entregarán resultados ni valoraciones en esta etapa.

Resolución Final

1. **Acreditado:** El prestador cumple con al menos el 50% de las características aplicables del estándar correspondiente, incluidas todas las características obligatorias.
2. **Acreditado con Observaciones:** El prestador no alcanza el 50% de cumplimiento, pero cumple con todas las características obligatorias y presenta un plan de mejora aceptado por la entidad acreditadora, con un plazo máximo de seis meses para lograr el cumplimiento.
3. **No Acreditado:** El prestador no cumple con alguna de las características obligatorias aplicables según el estándar correspondiente.

Una vez emitida la Resolución Exenta, se notifica al prestador que debe realizar el pago de la segunda mitad del arancel. Solo después de que el prestador haya pagado el total del arancel, podrá acceder al Informe de Acreditación en el sistema web. Si es acreditado, se ingresará en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados de la Superintendencia de Salud.

En un proceso de re-acreditación, el prestador debe demostrar una evaluación retrospectiva de tres años, salvo que se indique lo contrario en las características evaluadas. Las reglas de decisión para la re-acreditación, que requieren diferentes porcentajes de cumplimiento, están descritas en los Manuales de Acreditación.



BIBLIOGRAFÍA

- Chilemanagement.com (2001). Ideas, globalidad, Interacción: Una nueva economía, obtenido el 22 de febrero de 2004 desde <http://www.iaf.es/preima/articulo/cap31.htm>
- Juran, J.(2001). Introducción a la calidad total. Manual de calidad, 01 (14), 14.4- 14.20.
- Rico, R (1993). Introducción. Calidad estratégica total: Total quality management. 93 (1), 3-15.
- Rojas, D.(2006).Teorías de calidad. Gestipolis obtenido el 05 de marzo de 2006 desde <http://www.gestipolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/teocalidad.htm>
- <http://www.cvm.cl/content/salud/biblioteca/calidad2/CALIDAD%20Y%20CALIDAD%20EN%20SALUD.pdf>
- El documento describe brevemente las bases que conducen a la promulgación de la Ley 19.966
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2004), Ley N° 19.966.
- María Artigas (2007), Departamento Calidad y Seguridad del Paciente, Autorización Sanitaria.
- Unidad de Asesoría Técnica, Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud.
- Superintendencia de Salud (2009), Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.
- Superintendencia de Salud (2009), Pauta de Cotejo para Manual de Atención Cerrada.
- Escuela de Salud Pública, Régimen de Garantía Explícitas en Salud (GES).
- Superintendencia de Salud (2009), Pauta de Cotejo para Manual de Atención Cerrada.
- Departamento de Calidad y Formación Subsecretaría de Redes Asistenciales (2005), La Acreditación.
- María Soledad Velásquez, Intendencia de Prestadores de Salud (2012), Política de Acreditación de Calidad en Salud en Chile; objetivos y desafíos.
- Dra. Liliana Escobar, Superintendencia de Salud (2013), El Sistema Nacional de Acreditación de Calidad en Salud; Visión de la Superintendencia de Salud.
- Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Subsecretaría de Redes Asistenciales (2015), Política de Calidad en Salud.

