

Desafíos para la Atención Primaria de Salud

ACREDITACIÓN EN CALIDAD

Calidad

¿Qué entendemos por Calidad?



CALIDAD

```
graph TD; C((CALIDAD)) --- T1(Trabajo en Equipo); C --- T2(Procesos); C --- T3(Cultura); C --- T4(Derechos); C --- T5(Obligación); C --- T6(Protocolos); C --- T7(Estándares Mínimos); C --- T8(Gestión del cuidado); C --- T9((Auto) Evaluación); C --- T10(Seguridad)
```

Procesos

Trabajo en Equipo

Cultura

Seguridad

Derechos

(Auto) Evaluación

Obligación

Gestión del cuidado

Protocolos

Estándares Mínimos

Temario

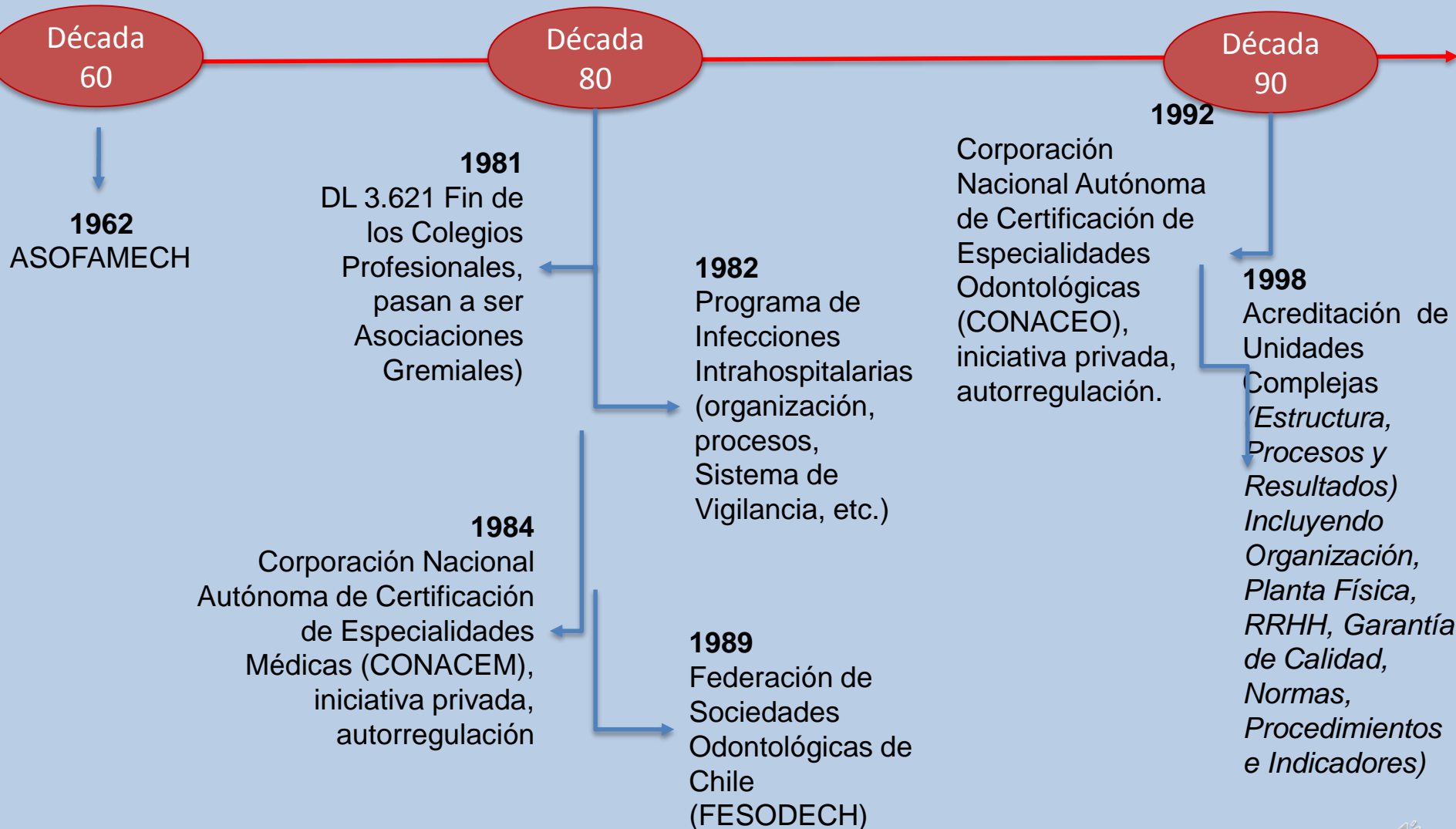
- Normativa para la acreditación en salud: Leyes, Normas, Reglamentación.
- Institucionalidad del sistema de acreditación: Roles y Articulación.



Normativa para la acreditación en salud: Leyes, Normas, Reglamentación



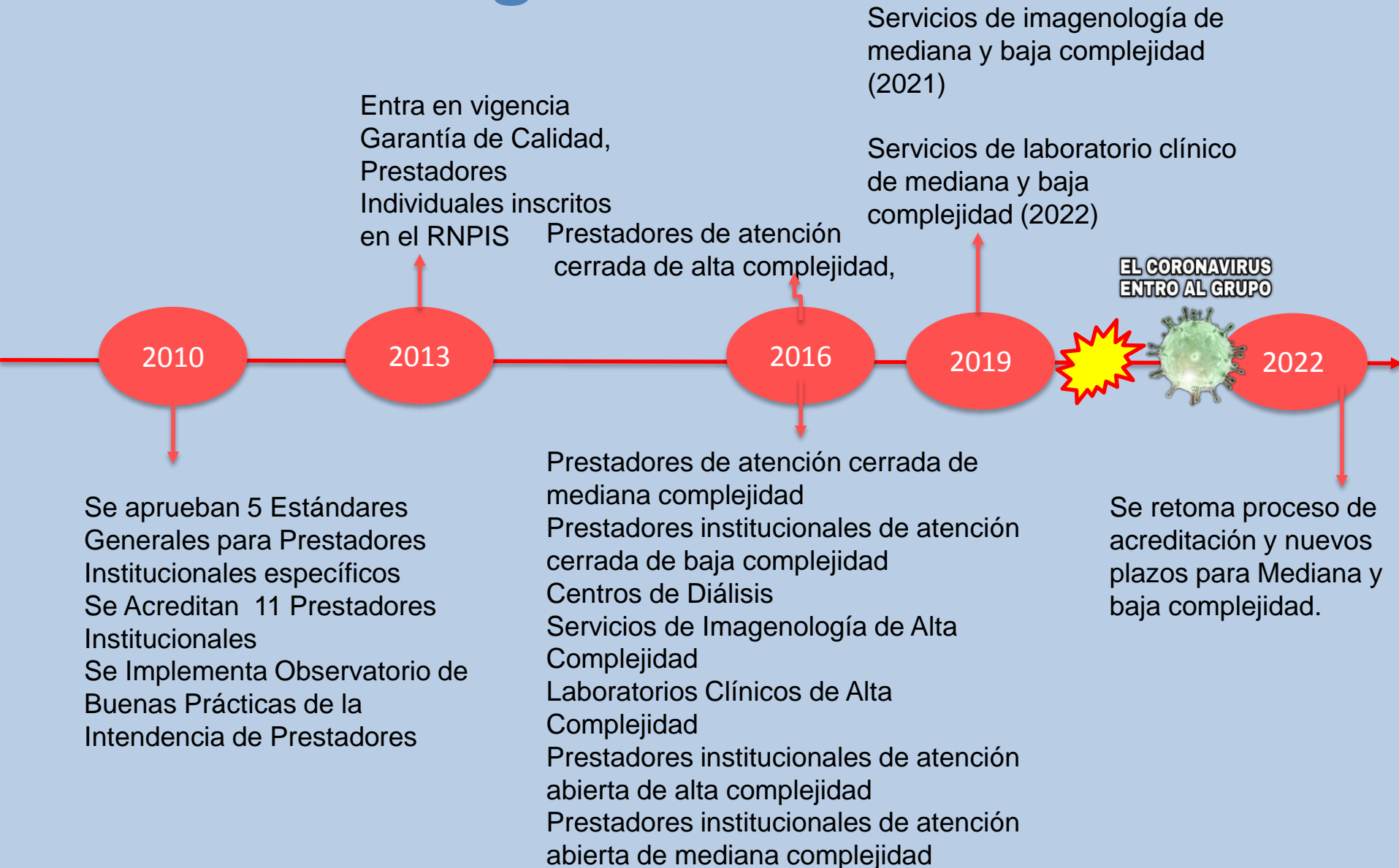
Algo de Historia



Algo de Historia



Algo de Historia



Reforma a la Salud

*“Establecer un **sistema de acreditación** para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.”*

*Ley 19.937 (Art. 4, N°12, DFL N°1, de 2005, MINSAL)



Reforma a la Salud

*“Establecer **los estándares mínimos** que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud... con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la **calidad requerida para la seguridad de los usuarios.**”*

*Ley 19.937 (Art. 4, N°11, DFL N°1, de 2005, MINSAL)



Diseño Conceptual de la Acreditación

“Se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos establecidos por el MINSAL, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.”



Diseño Conceptual de la Acreditación

Distingue

- *tipo de establecimiento*
- *niveles de complejidad de las prestaciones,*
- *iguales para el sector público y el privado.*

Respecto de

- *condiciones sanitarias,*
- *seguridad de instalaciones y equipos,*
- *aplicación de técnicas y tecnologías,*
- *cumplimiento de **protocolos de atención,***
- *competencias de los recursos humanos, y*
- *en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.*

Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.

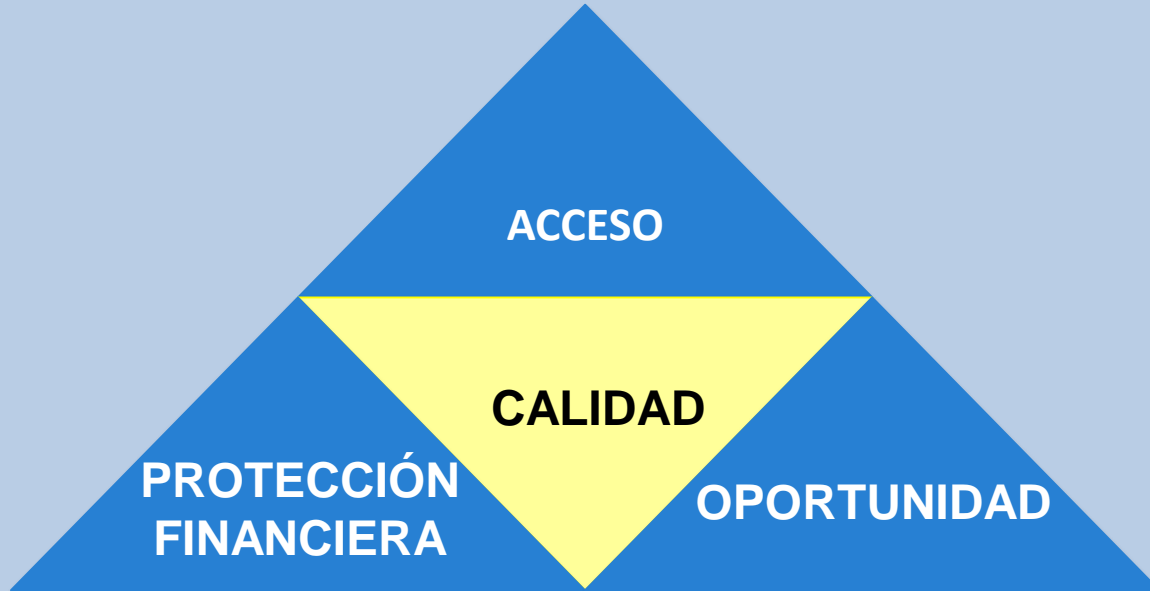
Diseño Conceptual de la Acreditación

- *“Establecer...protocolos de atención en salud. ...las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados.”*
- *Referenciales*
- *Obligatorios solo por causa sanitaria definida por MINSAL”*

*Ley 19.937 (Art. 4, N°14, DFL N°1, de 2005, MINSAL)

Garantías Explícitas en Salud

G E S

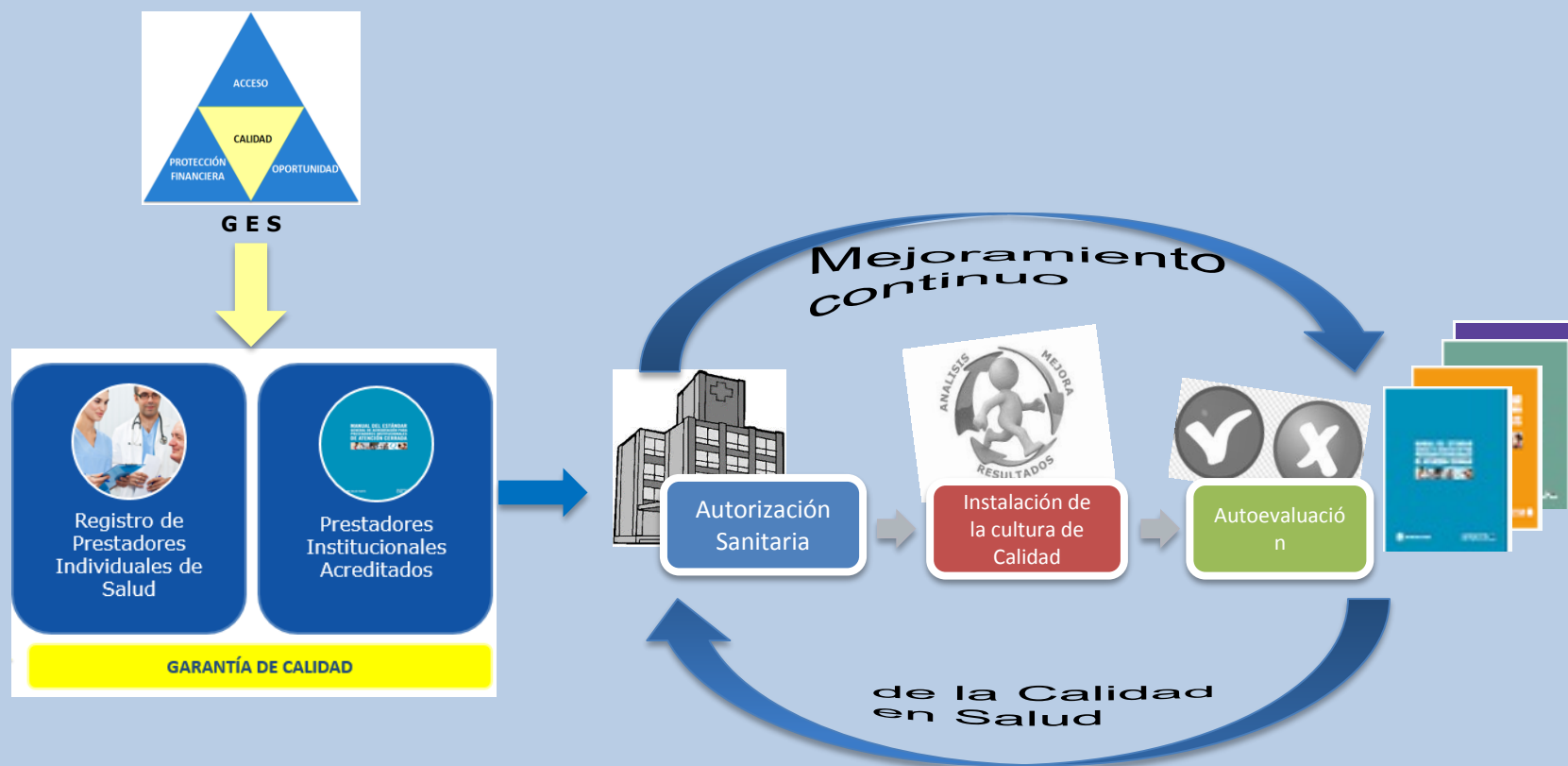


Beneficiarios
Seguro Público de Salud

PRINCIPIO DE EQUIDAD

Beneficiarios
Seguro Privado de
Salud

Política Pública : Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud



Características del Estándar General de Atención Abierta

Estándar aplicable a la APS



9 ámbitos

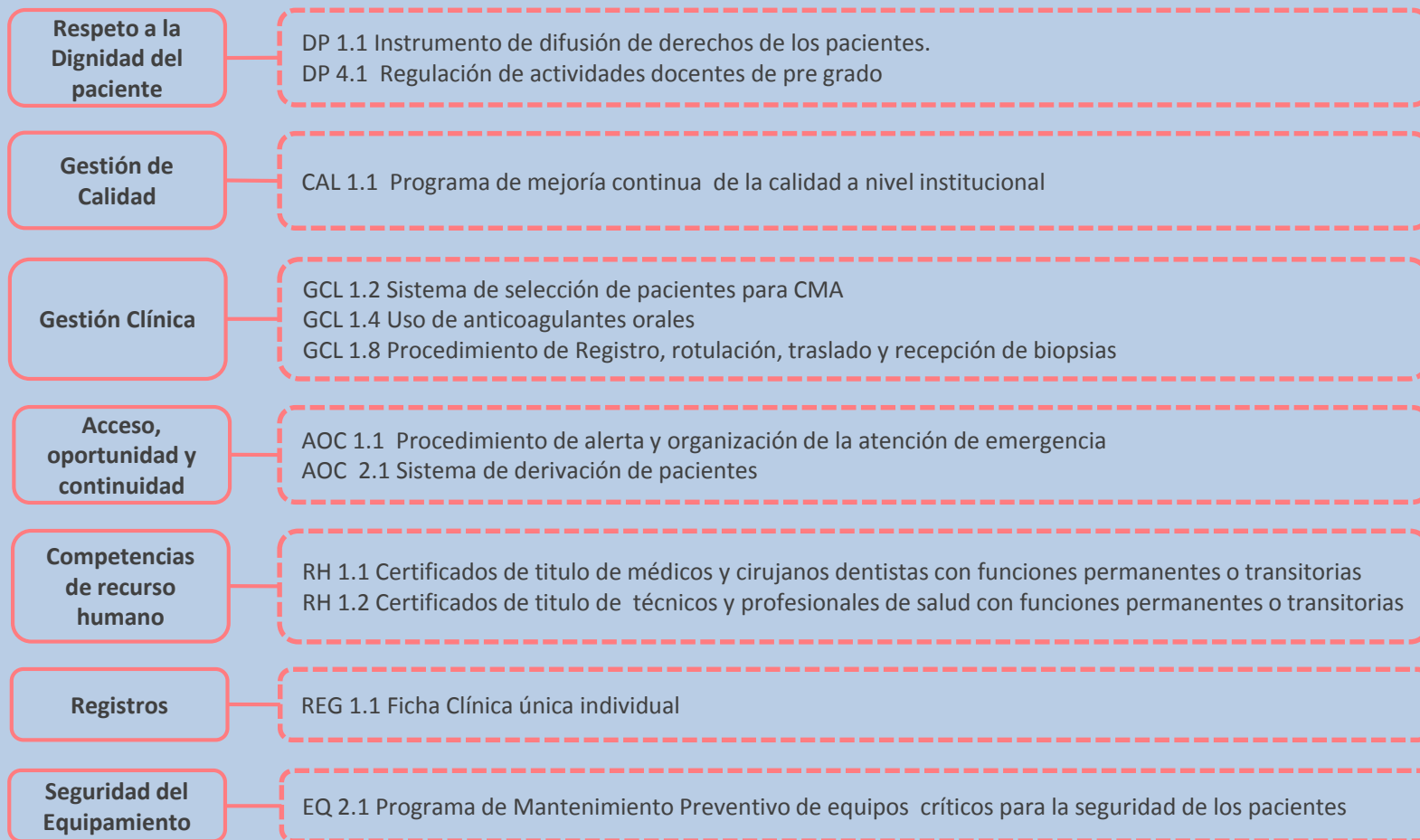
34 componentes

90 características
12 obligatorias

549 verificadores

Los verificadores se miden en los puntos de verificación que aparecen en la pauta de cotejo

Ámbitos de Evaluación



Garantía de Calidad

La ley Asocia Garantía de Calidad a Acreditación:

“Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N°19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente”.

*Ley 19.966



Acreditación y Calidad

La garantía de calidad se sostiene sobre dos instrumentos:

- i) Acreditación Institucionales
- ii) Registro Individuales (+ Certificación)



¿Qué es lo garantizado?

- Garantía de calidad consiste en ser atendido por prestadores acreditados y/o registrados y certificados.
- El seguimiento de protocolos no está garantizado como tal.

Pero ¿La calidad de la atención se resume en la acreditación?



Requerimientos de la Garantía de Calidad

- Masa Crítica capacitada y actualizada
- Liderazgo y compromiso de los directivos
- Planificación de largo plazo
- Compromiso de todos los estamentos
- Ver a la acreditación como un instrumento.
- Incorporar lógica de mejora continua



Limitaciones de la acreditación como Garantía de Calidad

- ¿Estándares mínimos son realmente suficientes?
- La naturaleza humana y la complejidad de las instituciones de salud hacen imposible precaver todas las posibles situaciones que pueden resultar mal.
- Los controles se relajan con el tiempo



Ley de Derechos y Deberes

Toda persona tiene derecho → En el marco de la atención de salud

- i) los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes, y los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud,
- ii) referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas.
- iii) Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado.

Las normas y protocolos aprobados por MINSAL, deberán ser permanentemente revisados y actualizados de acuerdo a la evidencia científica disponible.

*Art. 4, ley 20.584 Sobre Derechos y Deberes de las Personas en su atención de Salud.

Ley de Derechos y Deberes

- Trato digno
- Derecho a la Información
- Consentimiento Informado (Autonomía)
- Compañía y Asistencia Espiritual
- Confidencialidad
- Protección
- Reclamar

Trato Digno

¿Qué entendemos por trato digno?



Significado de “trato digno”

RED SEMÁNTICA (asociaciones espontáneas y múltiples)

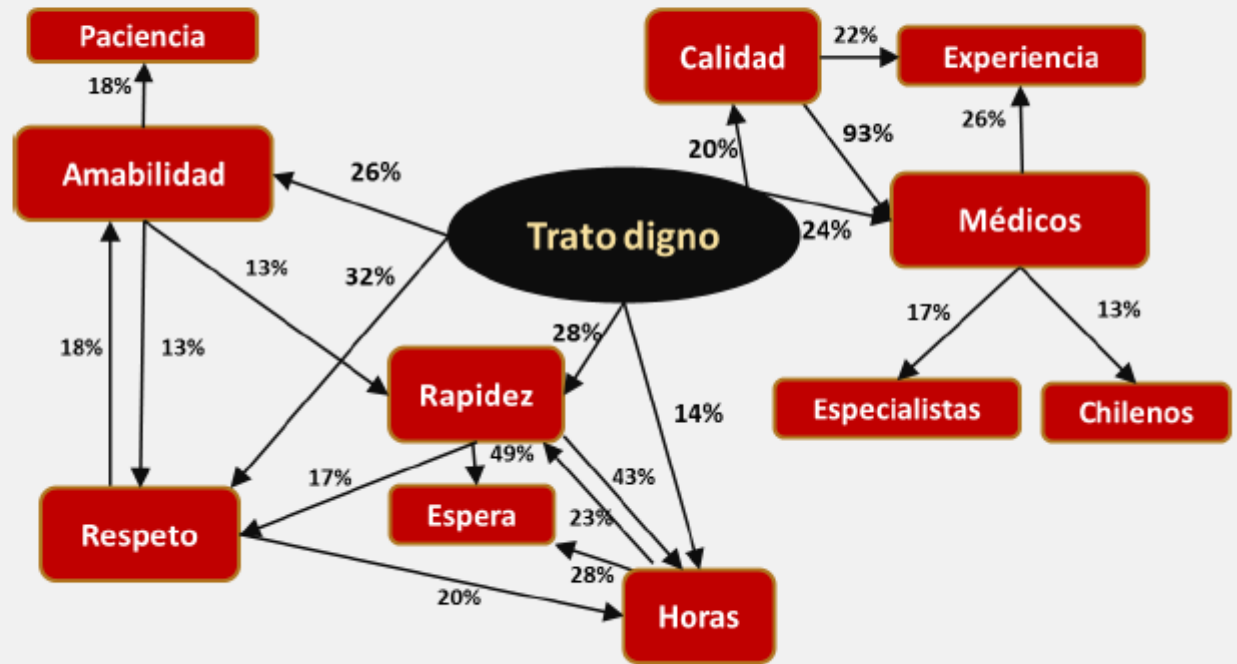
Base total (1180)

A9. Hablemos de lo que significa para usted recibir un TRATO DIGNO EN LA ATENCIÓN EN SALUD. ¿Qué ideas vienen a su mente cuando piensa en TRATO DIGNO EN LA ATENCIÓN EN SALUD?

A10. ¿Y qué ideas representa [MENCIONAR IDEA] para usted?

El trato digno se asocia a dos familias de significados:

- Una articulada por el respeto, que se refiere a la amabilidad en el trato, pero también al manejo del tiempo.
- Otra centrada en los médicos, que apunta a su calidad profesional, a su vez vinculada a experiencia y a especialidad.





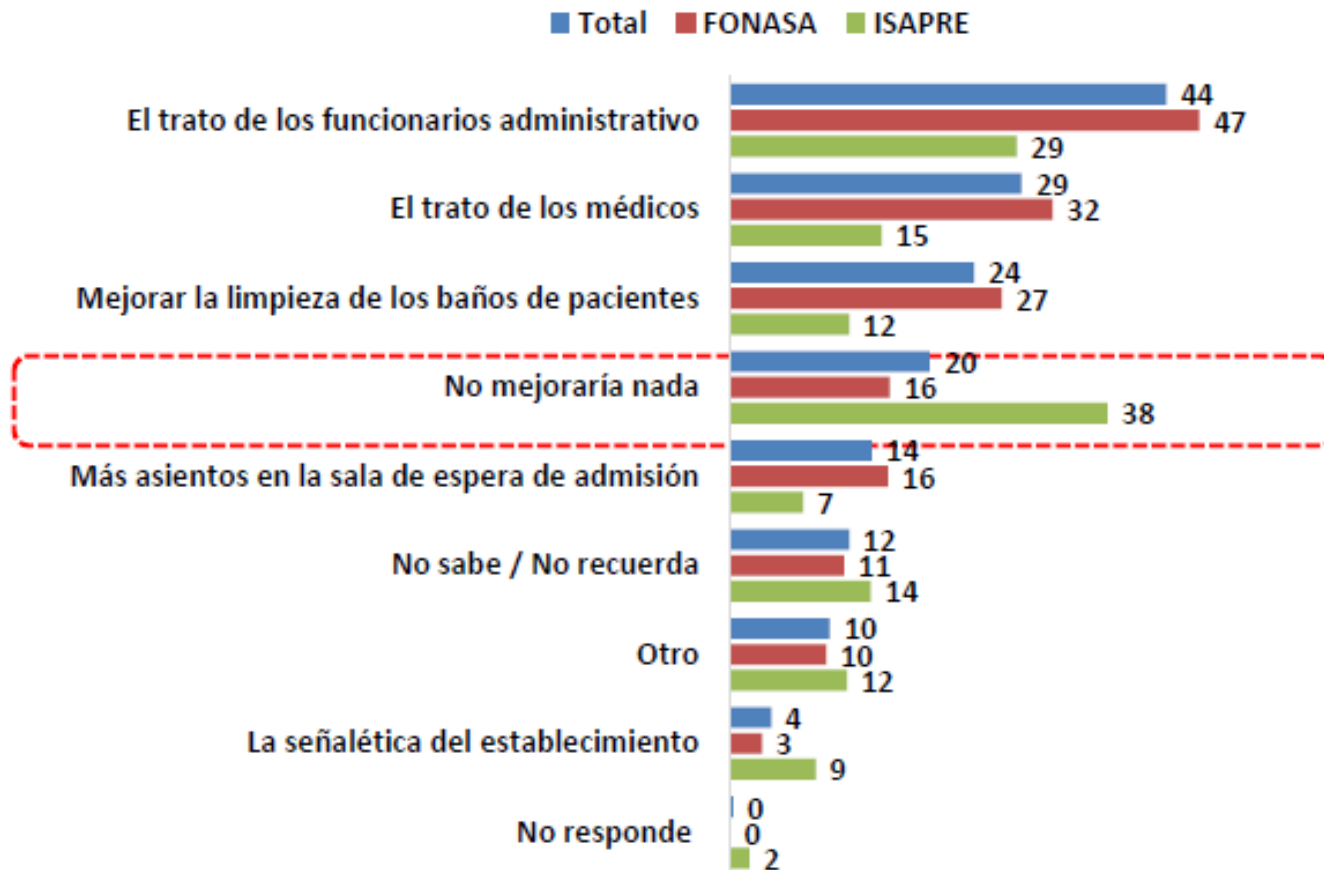
Atención en Hospitalización

EVALUACIÓN PRESTADORES POR USO

D7. En esta tarjeta hay varios aspectos del hospital o clínica donde se atendió que debiesen mejorar. ¿Qué es lo más importante que Ud. cree que debiera mejorar?, ¿Y lo segundo más importante?. (Total Menciones)

Base: Quienes han requerido hospitalización (n=393)

%



¿Cuáles de estos derechos le parecen más/menos importantes?

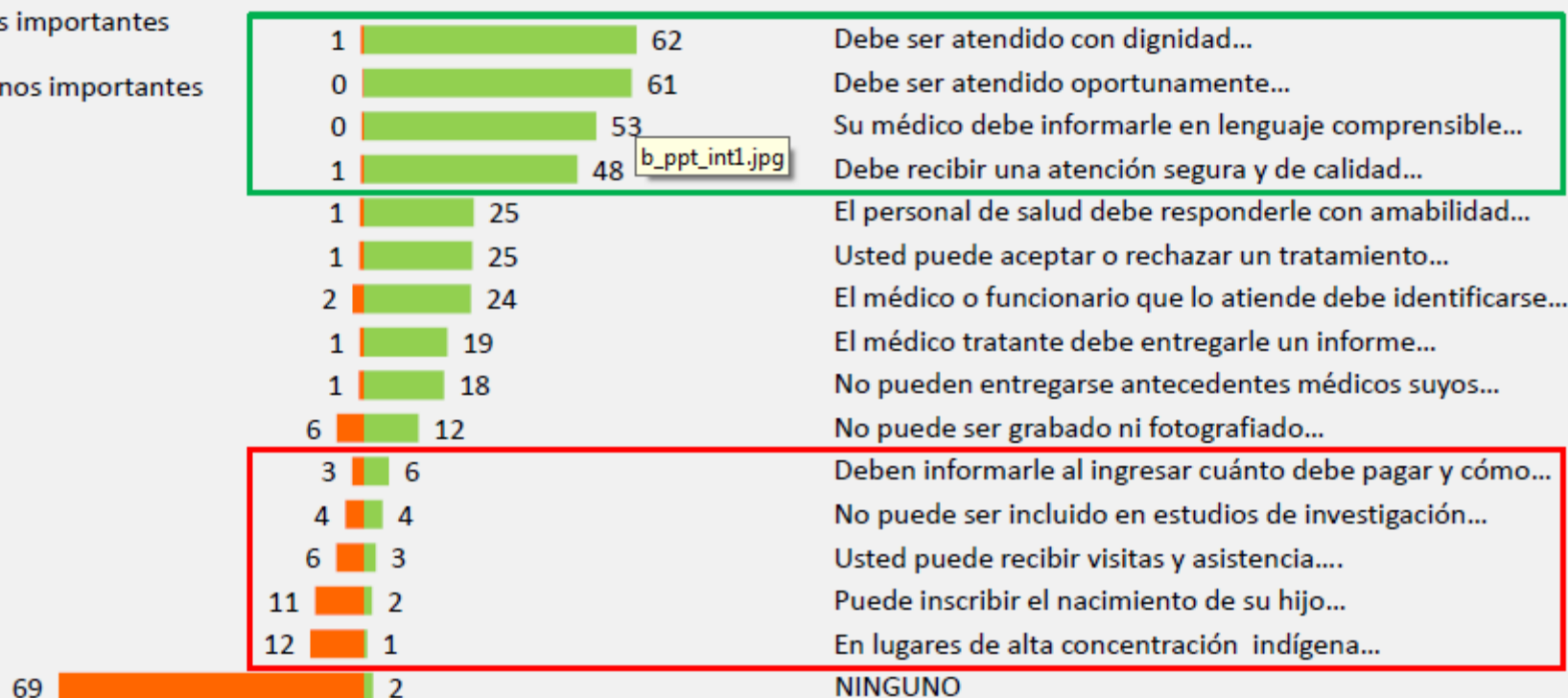
B10. ¿Cuáles de estos derechos le parecen MÁS IMPORTANTES para usted como paciente?

B11. ¿Cuáles de estos derechos le parecen MENOS IMPORTANTES?

Base total (1180)

■ Más importantes

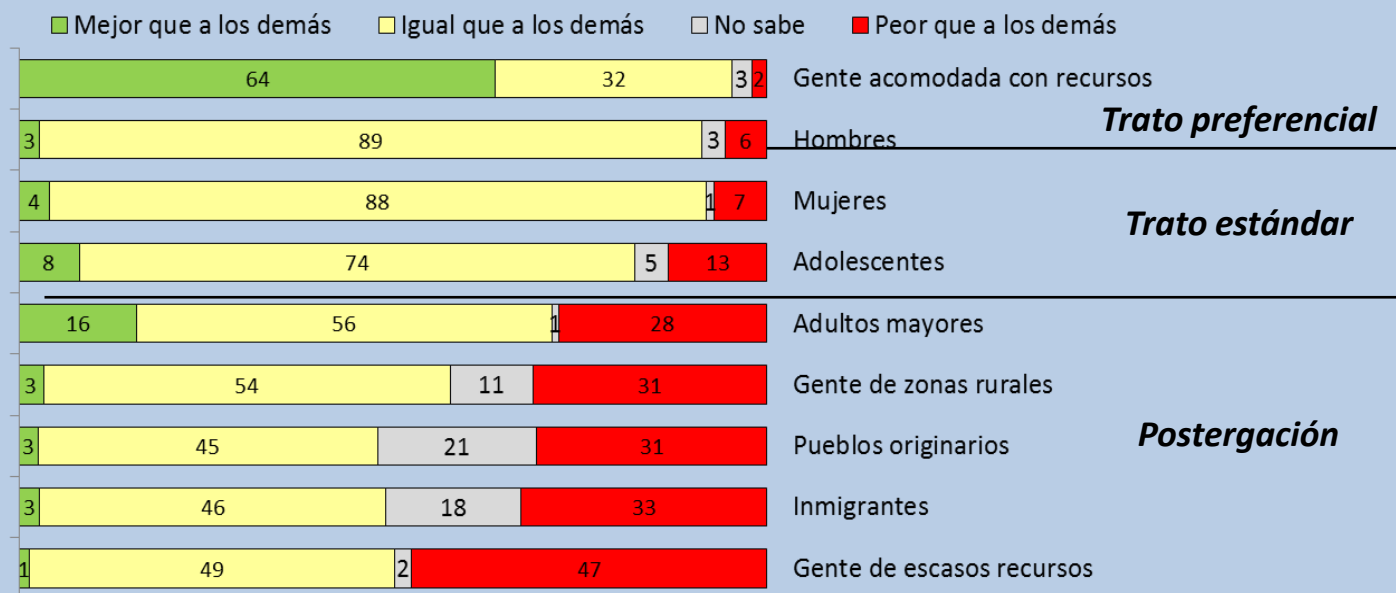
■ Menos importantes



Diferencia en el trato según tipo de persona

D1. De acuerdo a su experiencia y la de las personas que conoce, ¿cómo se trata los siguientes tipos de personas cuando buscan atención en salud?

Base total (1180)



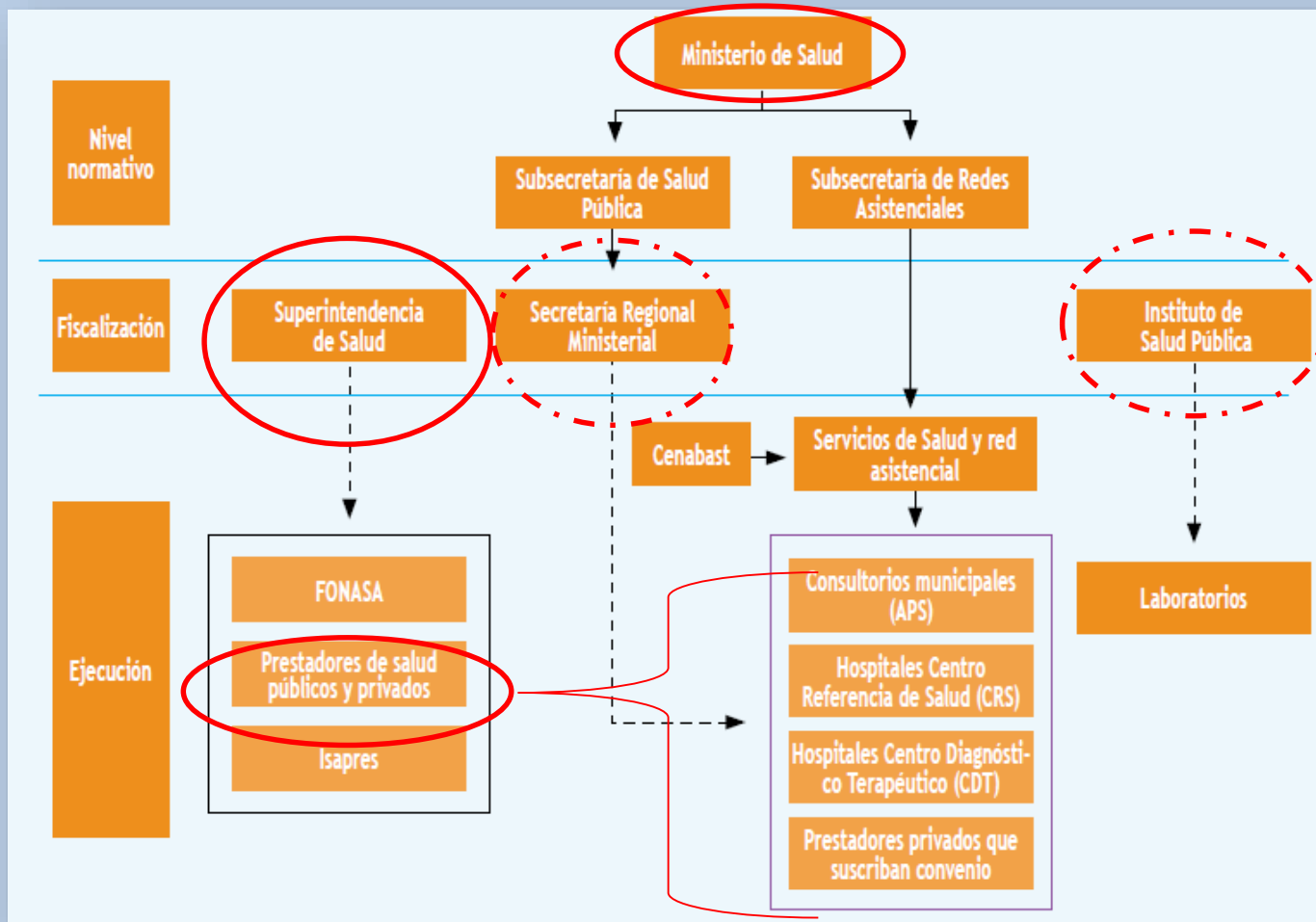
Se percibe una gran discriminación socioeconómica en la atención en salud, donde se daría trato preferencial a las personas de más recursos y se postergaría a los pobres, adultos mayores, gente de zonas rurales, pueblos originarios e inmigrantes.

Sección II

INSTITUCIONALIDAD DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN: ROLES Y ARTICULACIÓN



Organigrama



Rol del MINSAL

ROL RECTOR

- La ley establece la obligación del Ministerio de Salud de establecer un Sistema de Acreditación y Certificación.
- Y los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud
- Formula y actualiza los Estándares de Acreditación, estableciendo en el correspondiente Decreto GES la fecha de inicio de la exigencia de la acreditación de los Prestadores Institucionales de Salud para el cumplimiento de la Garantía de Calidad.



Rol de la Superintendencia de Salud

ADMINISTRADOR Y FISCALIZADOR

- Mantener el registro público de prestadores acreditados, nacional y regional.
- Mantener el registro público nacional y regional de los prestadores certificados.
- La fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos
- Autorizar a las entidades acreditadoras y fiscalizarlas.
- Fiscalizar a los prestadores institucionales acreditados en la mantención del cumplimiento de los estándares de acreditación



Rol Entidades Acreditadoras

ROL DE FE PÚBLICA

Persona jurídica, pública o privada, autorizada para ejecutar procesos de acreditación por la Intendencia de Prestadores de Salud e inscrita en el Registro Público de Entidades Acreditadoras de acuerdo al Reglamento.

Rol Entidades Acreditadoras

La acreditación será efectuada por personas jurídicas constituidas legalmente, autorizadas para este efecto por la Intendencia de Prestadores.

Lo anterior es sin perjuicio de las facultades que a las SEREMI de Salud, o a otras entidades, la ley y el reglamento les confieran a este respecto.

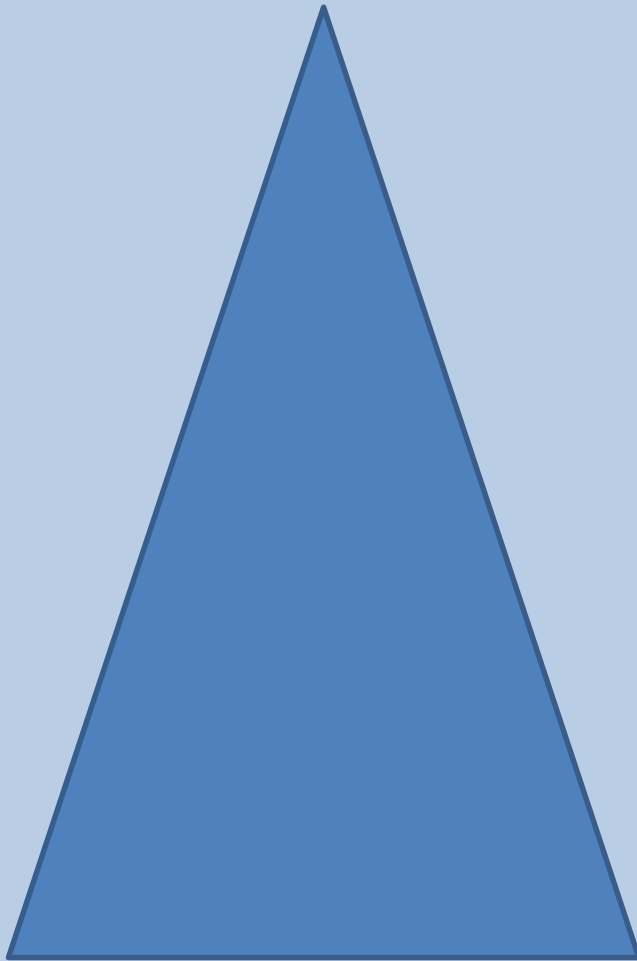
Dichas entidades acreditadoras deberán justificar las competencias técnicas necesarias para las actividades que deseen desarrollar.

RoI SEREMI's

ROL FISCALIZADOR DE "1^{ER} PISO"

- Otorgar la autorización Sanitaria
- Fiscalizar el cumplimiento de las normas correspondientes del Código Sanitario y sus reglamentos aplicables.
- Aplicar Sumarios Sanitarios

En resumen



Ley 19.937 (DFL 1, 2005)

Ley 20.584 y sus Reglamentos

DS 15, 2007, Reglamento
Acreditación.

DS 8, 2015, Reglamento de
Certificación

Estándares de Acreditación

Interpretaciones

Superintendencia

Ejercicio

Exige tus derechos



<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>
<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>
<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>

y cumple tus deberes

<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>	<p>Que se respeten tus opiniones y sentimientos. Que nadie te discrimine por tu raza.</p>
---	---	---	---	---	---

Este material puede ser usado por cualquier persona con fines educativos o de divulgación siempre que se cite la fuente original. No se permite su explotación económica ni su transformación en obras derivadas. Queda permitida la impresión en su totalidad o parcialmente.

Sección III

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD,
ESTADO DEL ARTE EN CALIDAD Y
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS
INSTITUCIONES DE SALUD DE CHILE.**





Calidad y APS

¿Qué riesgos existen en la Atención de
Salud?

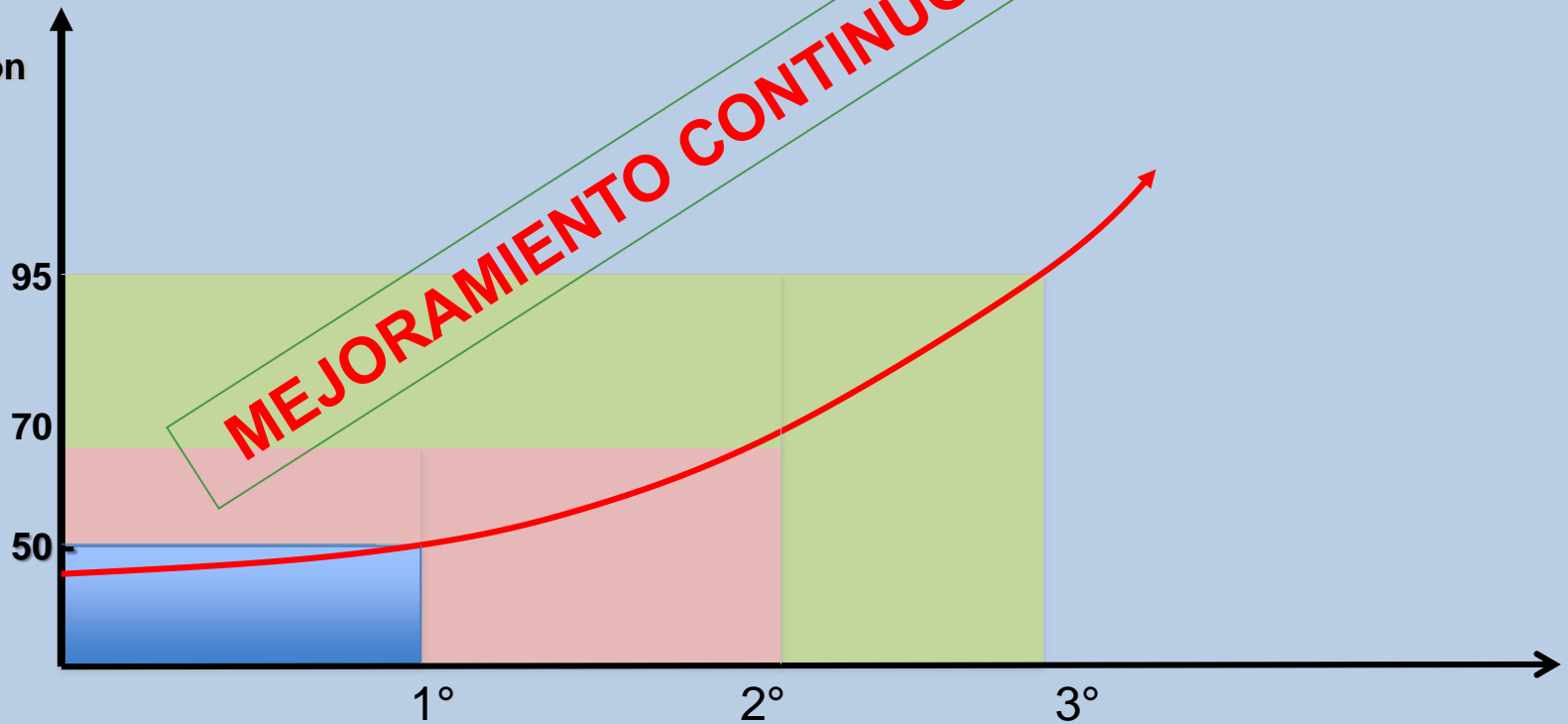
DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL



ACREDITACIÓN

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

%
Acreditación
Exigido



30 Características obligatorias Prestadores
Atención Cerrada de Alta y Mediana Complejidad

12 Características obligatorias Prestadores
Atención Cerrada de Baja Complejidad y
Prestadores de Atención Abierta

Procesos de Acreditación

12 Características obligatorias
Prestadores Atención Psiquiátrica
Cerrada de Baja Complejidad



NO SOMOS DIOSSES,
NO SOMOS [REDACTED] CRIMINALES,
"SOMOS MÉDICOS"

#YoSoy17
Somos MÉDICOS
NO SOMOS DIGSES
ni Criminales

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

Sistema de
Acreditación de
Establecimientos



Sistema de
Fiscalización



Sistema de
Certificación de la
Especialización
Profesional



Sistema de
Registros
Públicos



- **Prestadores Institucionales Acreditados.**
- **Entidades Acreditadoras autorizadas**

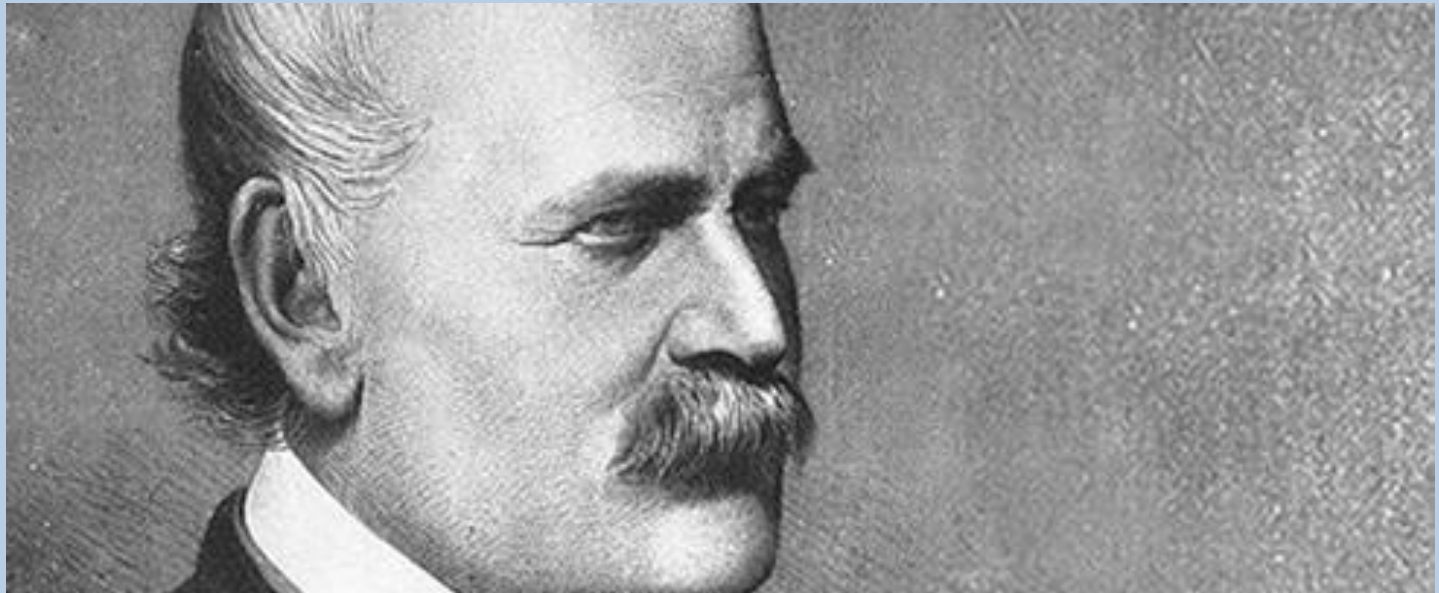


- **Profesionales de Atención en Salud y sus Especialidades.**
- **Entidades autorizadas que certifican especialidades profesionales**



En un contexto mas
general

- La práctica sanitaria conlleva RIESGOS para los pacientes (y también para los profesionales y funcionarios que los atienden).
- Las técnicas diagnósticas y terapéuticas se han sofisticado y complejizado. Esto, ¿ha aumentado los riesgos?







Iniciando el Camino

Lo primero .. Es fundamental el **compromiso directivo** , el **empoderamiento de lideres** y la **capacitación en calidad** para involucrar a todo el **personal de la institución**

Esta fase puede durar mas de 2 años dependiendo de la **complejidad del establecimiento** y el **tipo de prestaciones que ofrezca**.

Implementar una **estrategia comunicacional** efectiva a nivel institucional con el objetivo de difundir la **política** y el **Plan de Calidad**, entre otros.

La Planificación e Implementación de Calidad

Identificar y analizar el Estándar de Acreditación por el cual el Establecimiento debe acreditarse

Capacitar de manera sistemática en las áreas de calidad y seguridad del paciente a los profesionales.

Designación de responsabilidades en relación a los distintos Ámbitos contenidos en los diferentes Manuales.

MANUAL DEL ESTÁNDAR
GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA
PRESTADORES INSTITUCIONALES
DE ATENCIÓN ABIERTA



Tener claro y verificar...

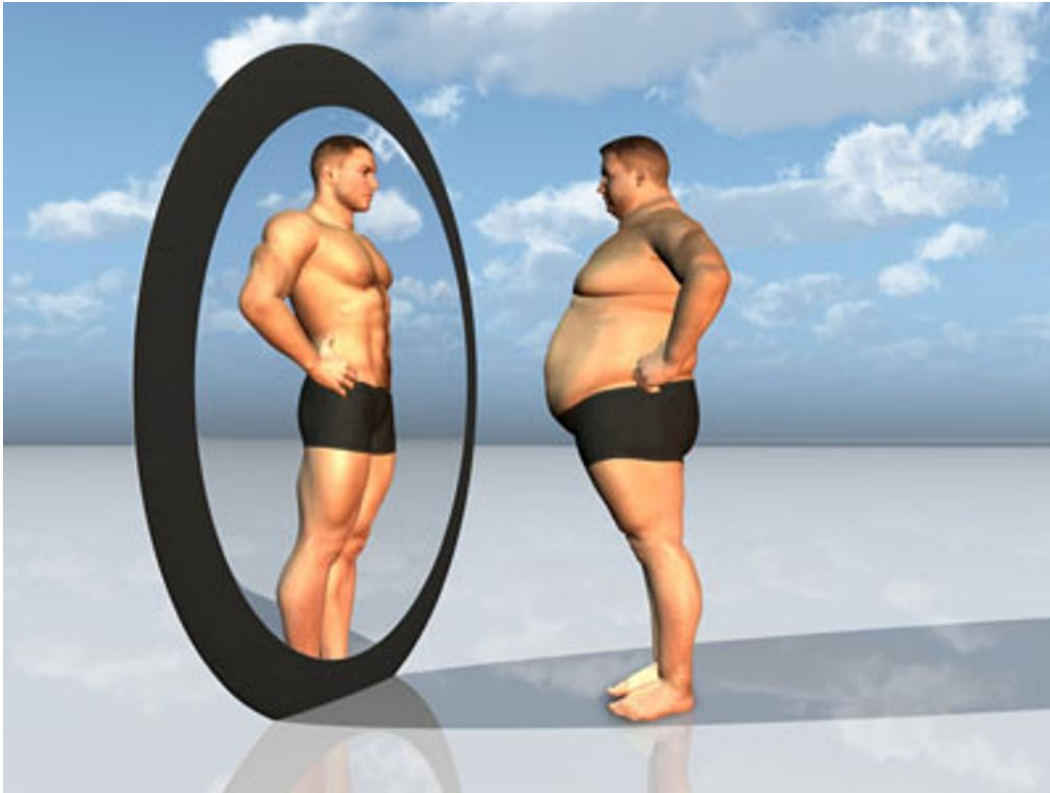


Contar con todas las **Autorizaciones Sanitarias**.

Identificar y elaborar los indicadores pertinentes de manera participativa, para asegurar su medición periódica.

Es fundamental establecer la metodología de evaluación de los indicadores, definiendo claramente las fuentes de información, los instrumentos de recolección de información, la metodología de selección de la muestra.

Lo que no puede faltar en la Planificación



Realizar ejercicios de constataciones en terreno.

Apoyarse en las Orientaciones Técnicas elaboradas por la IP para las Entidades Acreditadoras.

Autoevaluación según el Estándar aplicable y completar el Informe correspondiente.

Cumplir la **evaluación retrospectiva (6 meses/3 años en régimen)** requerida para el proceso de acreditación.



Aspectos administrativos...

La solicitud de Acreditación firmada por el representante legal del Establecimiento.

El informe de autoevaluación, firmado por el representante legal del Establecimiento.

La cartera de prestaciones de la Institución.

Ficha técnica actualizada.

Organigrama de la Institución.

Planos o croquis del Establecimiento.

Las resoluciones de autorización sanitaria.

EVALUACION TÉCNICA Y JURÍDICA



Una vez finalizada la evaluación de los antecedentes de la solicitud de acreditación.

Se notifica al Prestador la aceptación de la aceptación o no de la solicitud de acreditación a través de una Resolución Exenta.

Además, si fue aceptada, Esta notificación también es enviada a todas las Entidades Acreditadoras.

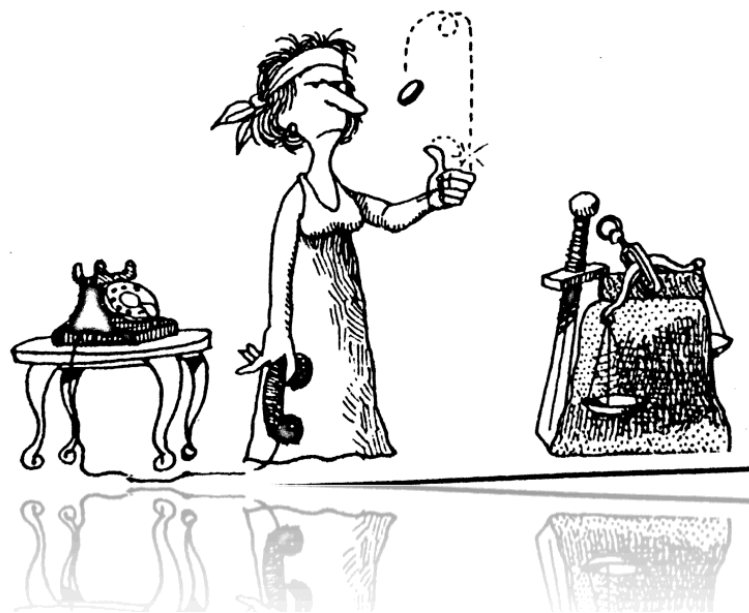
En esta etapa es importante saber

Un proceso transparente en la designación aleatoria

La designación aleatoria de la Entidad se realizará el día lunes o el primer día hábil siguiente si éste fuera inhábil, a contar de la fecha de la Resolución Exenta, en las dependencias de la Superintendencia de Salud.

Si alguna Entidad tuviese algún conflicto de interés se excluye del sorteo

Asignada la Entidad Acreditadora se genera un correo electrónico de notificación a la Entidad informándose la asignación del Prestador en cuestión, cambiando el estado desde **“Asignada”** a **“Notificada”**.



Los siguientes pasos.....



Emitida la Resolución que aprueba la designación aleatoria de la Entidad, ésta cuenta con un plazo de cinco días hábiles para aceptar o rechazar dicha designación.

En caso de que la Entidad no acepte su designación para la evaluación del Prestador, se procede a la designación Aleatoria de una nueva Entidad Acreditadora en el próximo procedimiento de designación.

Si la Entidad acepta la Designación Aleatoria, el estado del proceso en el Sistema cambiará desde "Notificada "a "Designación Aceptada",

Evaluación en terreno

Previo a la visita en terreno, la Entidad remitirá vía correo electrónico al Prestador un cronograma de la visita según norma la Circular IP N° 26 de 2013 (actualmente contenida en Compendio de Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación y Circulares Interpretativas).

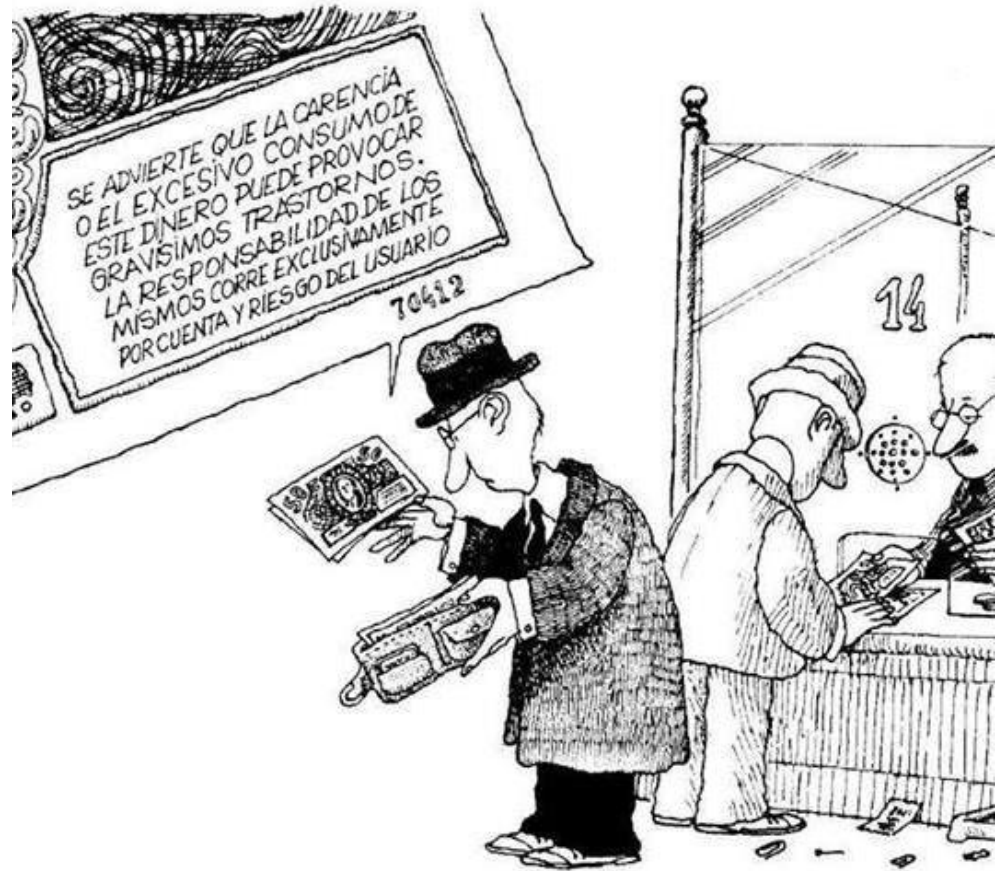
- Iniciado el proceso de evaluación en terreno, la Entidad cuenta con un plazo de 30 días hábiles para emitir el **Informe de Acreditación**
- Durante la evaluación en terreno los profesionales de la Entidad contrastarán sus hallazgos con lo solicitado en la **Pauta de Cotejo del Manual correspondiente**, utilizando criterios objetivos, no discriminatorios, imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados.



Por último....

Una vez notificado, el Prestador debe cancelar la mitad del arancel a la Entidad en un plazo no superior a 10 días hábiles.

Los Aranceles de Acreditación vigentes están determinados por el Estándar a evaluar, la complejidad del Prestador y la ubicación geográfica, y están expresados en Unidades Tributarias Mensuales (UTM).



Terminado el terreno

Finalizado el proceso de recolección de la información durante la evaluación en terreno, la Entidad acreditadora llevará a cabo una **reunión final a la que asistirán su Director Técnico y los evaluadores que participaron en el proceso, junto con los directivos y Encargados de Calidad del Prestador evaluado** para presentar los hallazgos encontrados, especialmente aquellos referidos a las características obligatorias.





Resolución del Proceso.

Una vez completada la evaluación y el análisis de la información recolectada durante el trabajo en terreno, la Entidad ingresará al Sistema un resumen del cumplimiento de las características llamado "Check-list". Simultáneamente al ingreso del Check-list, cambia el estado del Sistema desde "Planificada" a "Evaluado".

Finalmente la Unidad de Fiscalización en Calidad de la IP y/o Unidad de Fiscalización del ISP, elabora su respectivo informe adjuntando los antecedentes para la elaboración de la Resolución Exenta que da por Acreditado, Acreditado con Observaciones o No Acreditado al Prestador

Para el primer proceso de acreditación

Acreditado

El Prestador cumple con el 50% de las características que le fueron aplicables del Estándar correspondiente, incluidas todas las obligatorias.

Acreditado con Observaciones

El Prestador, si bien no alcanza el 50% de cumplimiento de las características que le fueron aplicables, cumple con todas las características que le fueron obligatorias, y ha presentado un plan de mejora que la Entidad Acreditadora ha aceptado, que permite lograr este porcentaje en un plazo no mayor a seis meses

No Acreditado:

El Prestador no cumple con alguna de las características obligatorias que le fueron aplicables según el Estándar correspondiente.



En caso del primer proceso de Acreditacion



En caso de resultar acreditado, el estado pasa de “Informe Acreditado” a “Registrado” con lo cual se inscribe en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados de la Superintendencia de Salud.

Por el contrario, si el estado es de “Informe no Acreditado”, pasará al estado “No Acreditado”

En un proceso de reacreditación el prestador debe demostrar una evaluación retrospectiva de 3 años, a excepción de aquellas características que señalen explícitamente lo contrario.

Asimismo, las reglas de decisión cambian en relación a los porcentajes requeridos para Acreditar, los se encuentran descritos en los Manuales de Acreditación.

Consideraciones Finales

Total acuerdo y respaldo Institucional, incluida la parte financiera y RRHH para preparar los cambios necesarios en infraestructura, autorización sanitaria, etc.

- Requiere un equipo directivo altamente comprometido
- Cada Prestador Institucional es una realidad individual
- La acreditación NO es un cumplimiento solo de documentos
- Elegir bien a los responsables de cada Ambito a evaluar
- El trabajo exhaustivo en características obligatorias es un buen método.
- Se recomienda hacer primero los documentos (protocolos) con los equipos de trabajo comprometidos, para luego socializarlos en toda la Institución.
- Después de tener los protocolos difundidos, comenzar el trabajo de campo, es decir, **“constatar en terreno”**



A once años de haberse iniciado, se completa la parte que prioriza la atención de ciertas enfermedades:
Desde hoy rige la garantía de calidad del plan AUGE con el 70% de los recintos acreditados

Los pacientes que se atiendan por alguna de las 24 patologías más graves tendrán asegurada la minimización de los riesgos por parte de los recintos en sus procedimientos.

Copagos de pacientes suben hasta \$2 millones

ASPECTOS QUE CLÍNICAS Y HOSPITALES CERTIFICADOS DEBEN ASEGURAR A SUS PACIENTES

Hoy se marca un hito en la salud del país, pues por vez primera se otorga el sello de garantía de calidad del plan AUGE a más del 70% de los recintos que componen el sistema de acreditación de centros asistenciales. Este sistema de acreditación comenzó a regir la calidad, la última de las cuatro garantías que los establecimientos del plan AUGE (los otros, que funcionan desde su inicio en 2005, son el acceso, la oportunidad y la protección financiera).

- Laboratorio**
Aplicar un programa de evaluación y mejora de los procedimientos de laboratorio de análisis de sangre.
- Médicos**
Realizar evaluaciones preoperatorias a pacientes que se operan.
Están habilitados legalmente para trabajar.
- Paciente**
Existen un método preestablecido de identificación de los pacientes.
Hay un procedimiento para el consentimiento informado de los enfermos.
Se ocupa una ficha clínica.
- Equipo de Sales**
Aplicar un programa de evaluación, traslado y recepción de los pacientes.
- Asignar un alto estándar de medicación en los quirófanos.**

Diario Austral

REGIÓN DE LOS RÍOS

www.australdelosrios.cl

Acreditación de dos Cefam beneficiaría a 52 mil personas

Voluntarios Centros de Salud Familiar de Angachilla y Las Animas se sometieron a proceso para mejorar sus atenciones.

Postulan a certificación de calidad que hasta ahora solo han logrado el Hospital Base y la Mutual de Seguridad. Pág. 5

Viña encabeza la lista de acreditación de calidad en recintos hospitalarios



Piden a los turistas adelantar viaje a Argentina
 Los Andes. Gobernadora advierte por paro en la aduana trasandina. Pág. 7

900 médicos extranjeros arriesgan salir de red



Una de las iniciativas en análisis reside en que cirujanos no tengan que residir el Estuamoc. AGENCIA

Acreditación: el 45% de clínicas y hospitales tiene sello de calidad

Salud exigirá que en 2016, un grupo de 123 recintos cumplan estándares de atención e infraestructura.

Establecimientos privados lideran proceso, pues el 57% ha obtenido la certificación.

Orlano Fernández: Cuatro de cada diez hospitales y clínicas complejos del país están acreditados, es decir, han logrado demostrar que cumplen con estándares de calidad y seguridad.

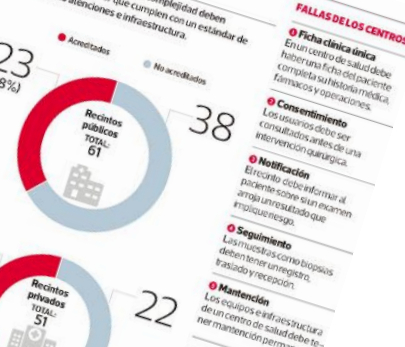
que son evaluados por las entidades acreditadoras, además, revela que aún persisten hospitales y clínicas que tienden a fallar, como en el consentimiento informado, documentación...



FUENTE: Superintendencia de Salud

BALANCE SOBRE LA GARANTÍA DE CALIDAD

Los hospitales y clínicas de alta complejidad deben acreditarse o demostrar que cumplen con un estándar de calidad en sus atenciones e infraestructura.



FALLAS DE LOS CENTROS

- Ficha clínica única**
En un centro de salud debe cumplirse su historial médico, farmacológico y de procedimientos.
- Consentimiento**
Los usuarios deben ser consultados antes de una intervención quirúrgica.
- Notificación**
El médico debe informar al paciente sobre su examen y posibles riesgos.
- Seguimiento**
Los usuarios como pacientes deben tener un registro, traslado y recepción.
- Mantenimiento**
Los equipos e infraestructura de un centro de salud debe tener mantenimiento permanente.

2016. Cuenta que se postulan como meta este año obtener la acreditación de 44 recintos asistenciales de la red pública y, para ello, el exalcalde del Ministerio de Salud acendón a los centros, los someten a una evaluación y

“La aplicación rígida de una idea que no tenía tradición en Chile -como esta acreditación- significó que fueran reprobadas diversas entidades, incluso algunas de alto prestigio”

Editorial El Mercurio
Octubre 2016

ESTRUCTURA ESTANDAR DE ACREDITACION PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES



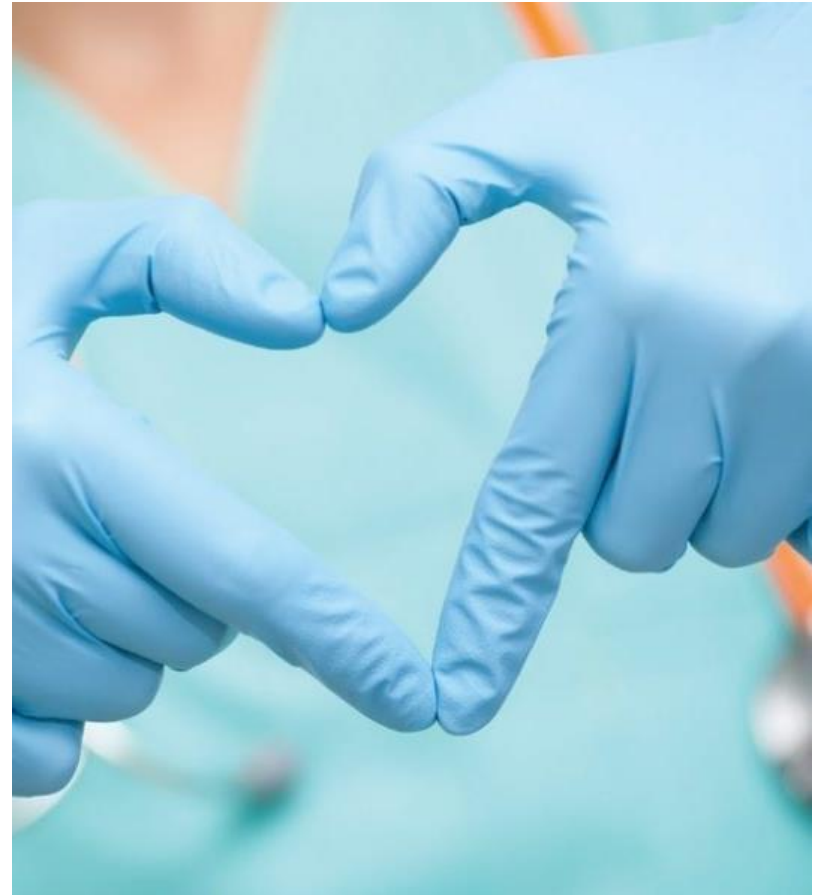
**A
M
B
I
T
O
S**

- DIGNIDAD DEL PACIENTE
- GESTION DE LA CALIDAD
- GESTION CLINICA
- ACC. OPORT. Y CONT DE LA ATENCION
- COMPETENCIAS RECURSOS HUMANOS
- REGISTROS
- SEGURIDAD EQUIPAMIENTO
- SEGURIDAD INSTALACIONES
- SERVICIOS DE APOYO



Concepto de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores

- El **ámbito** contiene en su definición los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad.
- A modo de ejemplo en el Ámbito 1 – Respeto a la dignidad del trato al paciente–, el objetivo es que *“la institución provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga”*.



Características y Verificadores



Las **características** Son los requerimientos específicos que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar. Siguiendo con el ejemplo, el componente “*El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno*” se descompone en las siguientes características:

- Existe un documento de derechos explícitos.
- El prestador utiliza un sistema de gestión de reclamos.
- Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes.

Los **verificadores** son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. La evaluación de detalle del prestador se expresará en una tabla de trabajo de campo en la que se valorarán los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación.

Riesgos del propio proceso de acreditación...

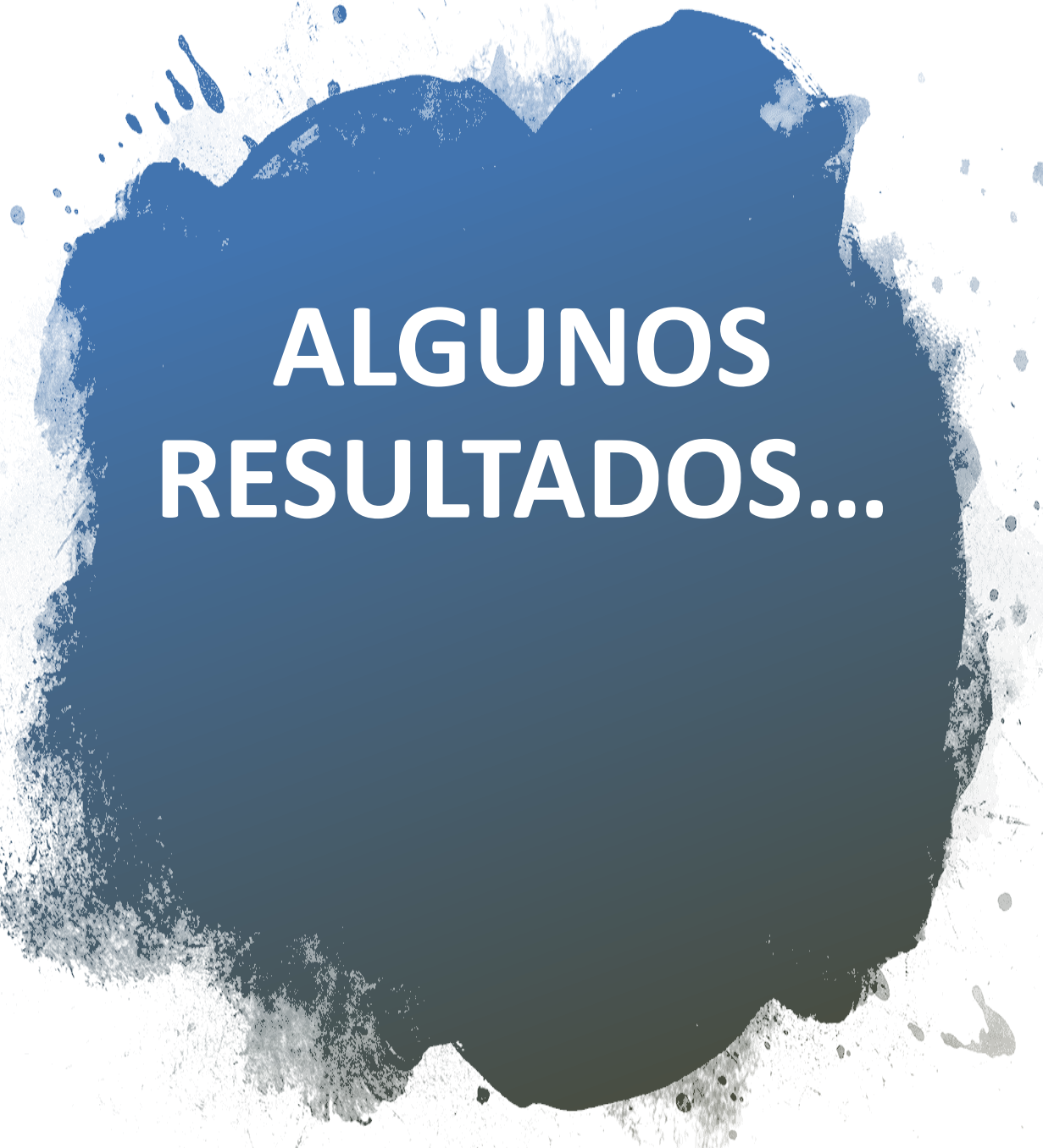
- No atreverse.
- Precipitarse.
- No comprometerse.
- Frustrarse.
- Sobredimensionar.
- Subestimar.
- Agobiarse.



Riesgos del propio proceso de acreditación...



- Rol Superintendencia de Salud.
- Entidades Acreditadoras
- Rol Regulador MINSAL
- Municipio
- Gremios



**ALGUNOS
RESULTADOS...**

ESTUDIO DE IMPACTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES DE SALUD EN CHILE 2016 – 2017.



INFORME FINAL

Impacto del Sistema de Acreditación de Prestadores de Salud
en Chile 2016 – 2017

Autores: Dra. Lilliana Jadue H.
Iris Delgado B.
Vicente Zúñiga M.
Dr. Hernán Bustamante G.
Claudia Marco C.

Estudio encargado por la Superintendencia de Salud

Enero 2018

- Evaluar el Impacto del Sistema de Acreditación de Prestadores, considerando aquellos prestadores que se han sometido al proceso de acreditación entre los años 2009-2016 y que fueron parte del Estudio Basal 2009.
- Realizar un análisis comparativo entre los resultados del Estudio Basal 2009 y los que se obtuvieron en 2016, que permita evaluar internalización e impacto del Sistema.
- Diseñar un modelo metodológico que permita definir y medir indicadores de resultado sanitario, que sean trazadores basales de evaluación de impacto en seguridad de las atenciones en salud.
- LIBIC Línea Basal del Sistema de Acreditación, midió 4 dimensiones.

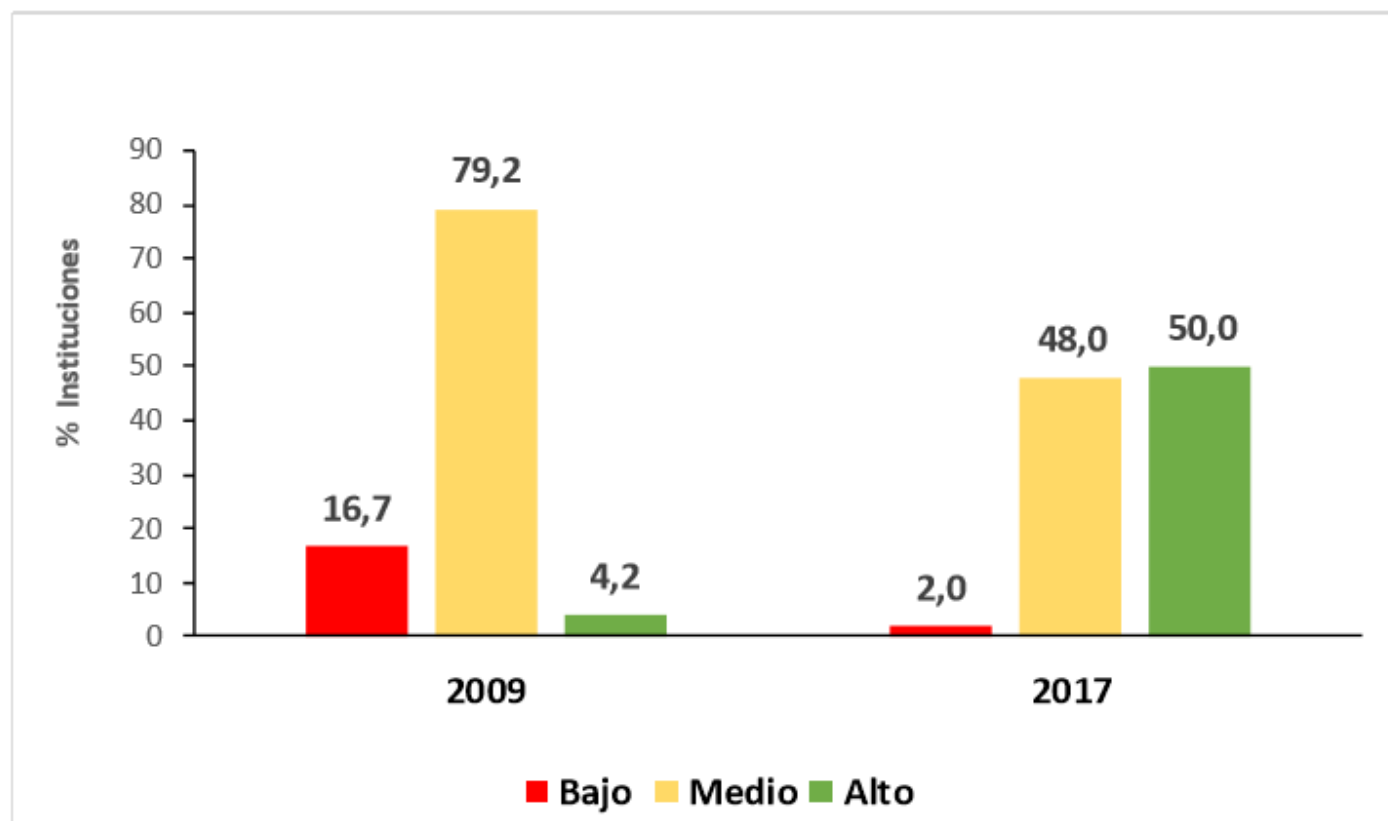
Estructura conceptual de la línea basal



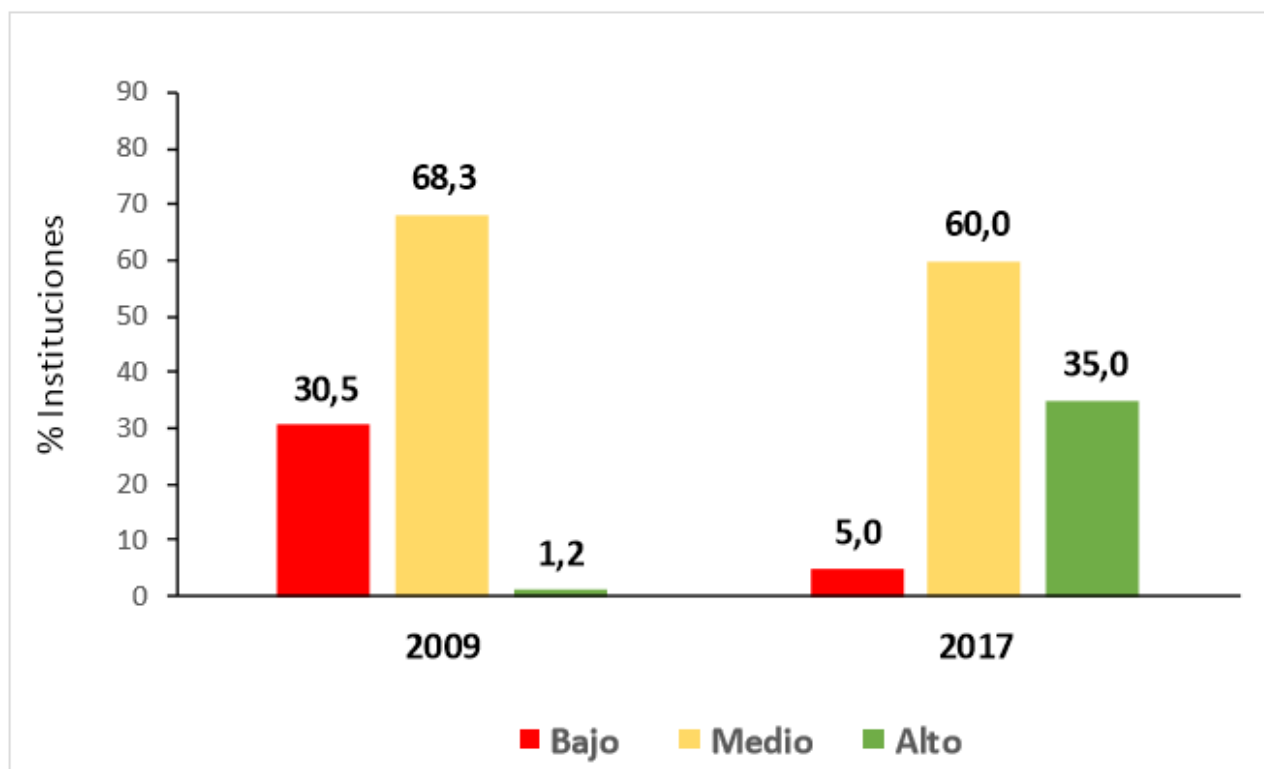
https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-16835_recurso_1.pdf

https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-16835_recurso_2.pdf

Resultados LIBIC año 2009 y 2017. Instituciones Cerradas

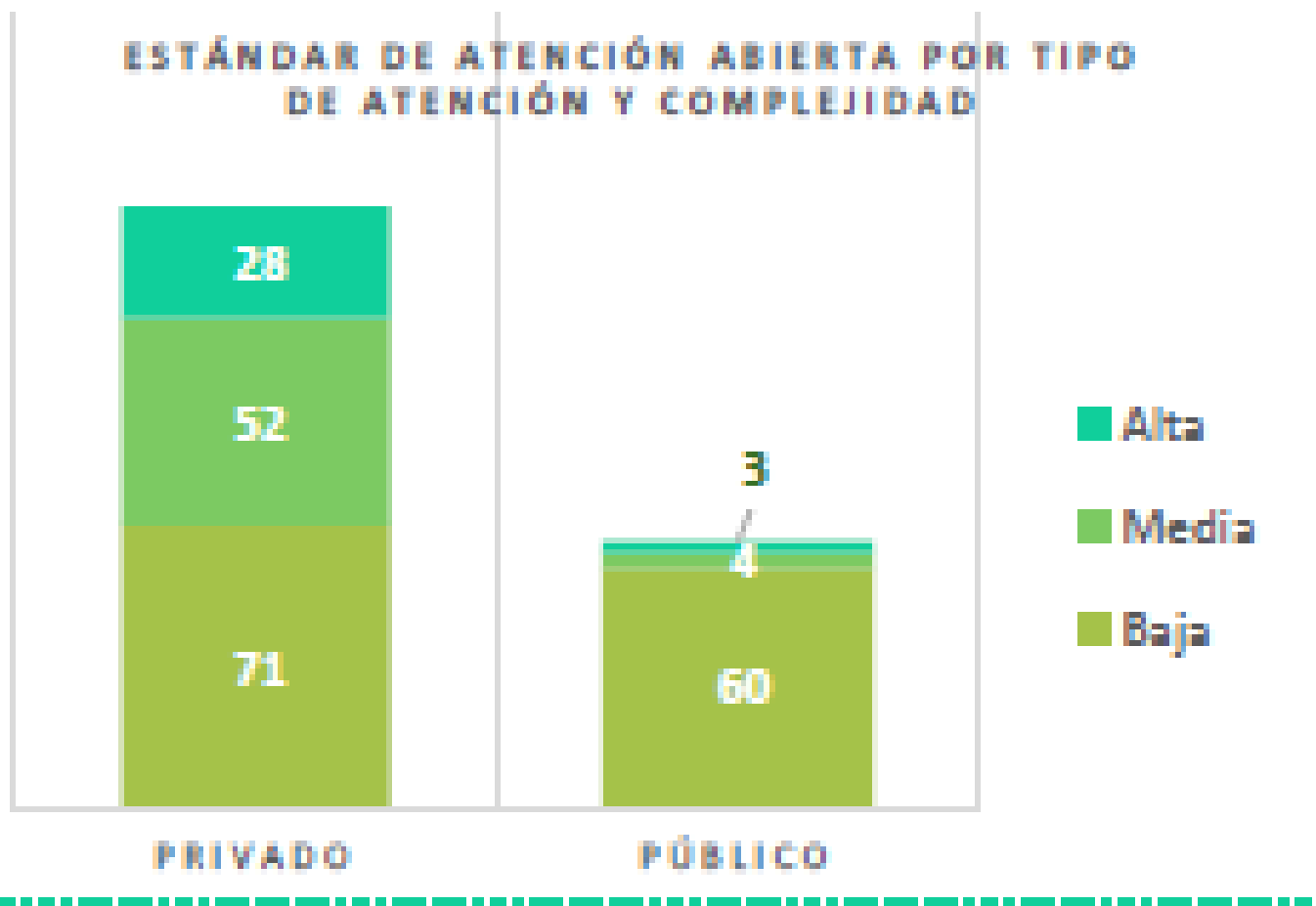


Resultados LIBIC año 2009 y 2017. Instituciones Abiertas

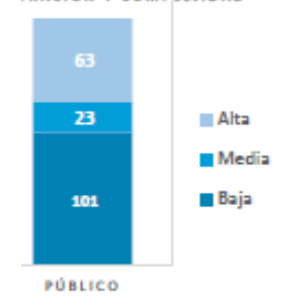


Algunos resultados...

ESTÁNDAR DE ATENCIÓN ABIERTA POR TIPO DE ATENCIÓN Y COMPLEJIDAD



ATENCIÓN CERRADA POR COMPLEJIDAD Y TIPO DE ATENCIÓN



De un total de **769** prestadores institucionales acreditados al 31 de diciembre, **28** prestadores institucionales obtuvieron el resultado de acreditado con observaciones, lo que equivale a un **3,6%** del total de prestadores acreditados.



Algunos Cefsam acreditados

- *Acreditación Institucional en Atención Primaria*
- El primero de Chile fue el CESFAM Juan Soto Fdez. de Concepción, el 12 de diciembre de 2013... y luego:
 - - Cefsam Angachilla, de Valdivia
 - - Cefsam Apoquindo, de Las Condes
 - - Cefsam Dr. Anibal Ariztía, de Las Condes
 - - Cefsam Dra. M. Bachelet, de Chillán Viejo
 - - Cefsam Félix de Amesti, de Macul
 - - Cefsam Las Animas, de Valdivia
 - - Cefsam Lorenzo Arenas, de Concepción
 - - Cefsam Los Volcanes, de Chillán
 - - Cefsam Salvador Bustos, de Ñuñoa
 - - Cefsam Rosita Renard, de Ñuñoa
 - - Cefsam Violeta Parra, de Chillán
 - - Cefsam Carlos Pinto Fierro, de Coronel



DECRETO GES 87 (DS 72/2022)

Gobierno de Chile

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIVISION JURIDICA DE
CONTRALORIA GENERAL DE LA ADMINISTRACION

MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES
RECIBIDO
13 SEP 2022

APRUEBA GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD.
DECRETO N° 72
SANTIAGO, 08 SEP 2022

VISTO: lo dispuesto en el artículo 1° y 19 N° 9 del decreto supremo N° 100, de 2005, de la Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República; el artículo 36 del Código Sanitario; en el artículo 3 del decreto con fuerza de ley N° 1 - 19.653, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en los párrafos 3 y 4 del Título I, y en los artículos 23 y segundo transitorio, todos de la ley N° 19.966, que establece

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON
RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart.		

13. Que, en materia de regulación de la Garantía Explícita de Calidad, a fin de resguardar progresivamente y cada vez de mejor manera la seguridad de los beneficiarios resulta necesario incorporar la exigencia de la acreditación a nuevos tipos de prestadores institucionales que se señalarán a fin de que, puedan otorgar las prestaciones señaladas en el artículo 3° del presente decreto.

DECRETO GES 87 (DS 72/2022)

Artículo 14.- Para los efectos de la garantía de calidad, las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 3º, del presente decreto, sólo podrán ser otorgadas por aquellos prestadores inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, de la Superintendencia de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud y demás normativa vigente.

Cuando las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 3º del presente decreto requieran ser otorgadas por prestadores de atención cerrada, centros de diálisis, servicios de imagenología de alta complejidad, laboratorios clínicos de alta complejidad, prestadores institucionales de atención abierta de alta y mediana complejidad, éstos deberán encontrarse acreditados en la Superintendencia de Salud.

DECRETO GES 87 (DS 72/2022)

Adicionalmente a lo señalado en el inciso precedente, la acreditación, como requisito para el otorgamiento de las prestaciones individualizadas en el artículo 3º del presente decreto, será exigible respecto de los tipos de prestadores institucionales que a continuación se señalan, a partir de las siguientes fechas:

1. Respecto de los prestadores institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada a contar del 30 de junio de 2024.
2. Respecto de los prestadores institucionales de Servicios de Esterilización a contar del 1 de enero de 2025.
3. Respecto de los prestadores institucionales de Servicios de Radioterapia a contar del 30 de junio de 2024.
4. Respecto de los prestadores institucionales de Servicios de Quimioterapia a contar del 30 de junio de 2024.
5. Respecto a los centros que otorguen Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a Alcohol y/o Drogas, que cuenten con autorización sanitaria bajo el DS. N° 4 publicado en el año 2013, a contar del 1 julio de 2025.
6. Respecto de los prestadores institucionales de servicios de imagenología de mediana y baja complejidad, a contar del 1 de enero de 2025, de acuerdo al inciso b) del artículo 3º del presente decreto.



Biblioteca del Congreso
Nacional de Chile / BCN | Ley Chile

7. En el caso de los centros de salud familiar que se otorguen dentro de la red de atención primaria de salud, se deberá garantizar la calidad de conformidad a lo dispuesto en el artículo 14, del Decreto Supremo N° 72, de 2022, del Ministerio de Salud.

Resolución 702 EXENTA

DISPÓNGASE NÓMINA DE CENTROS DE SALUD FAMILIAR QUE DEBERÁN CUMPLIR LA GARANTÍA DE CALIDAD DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 14, DEL DECRETO SUPREMO N° 72, DE 2022, DEL MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES



Fecha Publicación: 22-OCT-2022 | Fecha Promulgación: 14-OCT-2022

Tipo Versión: Única De : 22-OCT-2022

DECRETO GES 87 (DS 72/2022)

Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos segundo y tercero precedentes, tales prestadores institucionales podrán otorgar las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 3º del presente decreto, si se encontraren en alguna de las siguientes situaciones:

1º Si el prestador institucional se encontrare dentro de los dos primeros años desde el otorgamiento de su autorización sanitaria de funcionamiento como establecimiento de salud por parte de la autoridad sanitaria regional respectiva, caso en el cual, deberá obtener su acreditación dentro de ese plazo.

2º Si el prestador institucional perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud, estuviere en condición de normalización o reposición y cuyo avance de instalación se encuentre en al menos el 80%, con fecha de puesta en marcha dentro de los seis meses anteriores a la fecha de exigibilidad de su acreditación señalada en el inciso tercero

precedente, o de la fecha de su presentación de solicitud de acreditación o reacreditación, dispondrán de hasta doce meses desde la fecha de exigibilidad de la acreditación o reacreditación para dar cumplimiento a las exigencias señaladas.

La condición mencionada deberá certificarse ante la Superintendencia de Salud, mediante un informe oficial, presentado por el representante legal del centro o

DECRETO GES 87 (DS 72/2022)

3° Si el prestador institucional estuviere situado en territorios en los que se hubiere declarado alerta o emergencia sanitaria, de acuerdo con el artículo 36 del Código Sanitario, en los últimos veinticuatro meses anteriores a la fecha de exigibilidad de su acreditación o reacreditación, ésta les será exigible a partir del primer día del décimo segundo mes posterior al término de la emergencia sanitaria.

4° Si a la fecha de exigibilidad de su acreditación señalada en el inciso tercero precedente el procedimiento de acreditación del prestador hubiere sido solicitado y se encontrare pendiente.

5° Si, habiéndose sometido al procedimiento de acreditación dentro de los seis meses anteriores a la fecha de exigibilidad de su acreditación y hubieren sido declarados como no acreditados. En este caso el prestador deberá solicitar su acreditación antes del primer día del sexto mes y estar acreditado antes del primer día del decimoctavo mes contado desde la fecha de la notificación del resultado del primer procedimiento.

6° Si, habiéndose encontrado acreditado, no obtuviere su reacreditación, caso en el cual, y por solo una vez, deberá solicitar su reacreditación en un plazo máximo de seis meses y estar acreditado antes del primer día del decimoctavo mes, contados desde la resolución de la Superintendencia de Salud que declaró el término del antedicho procedimiento de reacreditación.

7° En el caso de un prestador institucional de atención cerrada que no obtenga su acreditación o no obtuviere su reacreditación, y siempre que en el territorio del Servicio de Salud correspondiente en que se encuentre ubicado, no exista ningún otro prestador acreditado de su misma naturaleza, poniendo con ello en riesgo la continuidad del otorgamiento de las prestaciones en condiciones adecuadas de oportunidad y accesibilidad, situación que deberá ser certificada por la Superintendencia de Salud. En este caso, el prestador deberá dar inicio al proceso de acreditación dentro de los treinta días siguientes a la notificación de la certificación de la Superintendencia de Salud.

8° En el caso de un prestador institucional público de atención abierta de baja complejidad, que no obtuviera su acreditación o su reacreditación, siempre que en la comuna correspondiente en que se encuentre ubicado, no exista ningún otro prestador acreditado de su misma naturaleza, poniendo con ello en riesgo la continuidad del otorgamiento de las prestaciones en condiciones adecuadas de oportunidad y accesibilidad, situación que deberá ser certificada por la Superintendencia de Salud. En este caso, el prestador deberá dar inicio al nuevo proceso de acreditación o reacreditación dentro de los ciento ochenta días siguientes a la notificación de la certificación de la Superintendencia de Salud.

Desafíos



- Rotación del recurso profesional médico, no asegura su capacitación plena, pese a ser protagonistas de la mayor parte de los procesos asistenciales.
- Capacitación y competencias de los líderes del proceso y del personal en general en temas relacionados a calidad.
- Alta presión asistencial dificulta procesos de capacitación, inducción, medición de indicadores y evaluación permanente.
- Pauta de Cotejo + Compendio con muchas posibles interpretaciones de la normativa existente.

Desafíos

- La asesoría externa muchas veces es necesaria debido a la complejidad del Manual del Estándar General de Acreditación para la Atención Abierta, la Pauta de Cotejo, el Compendio de Circulares Interpretativas y la autoevaluación On Line.
- Resulta clave el compromiso e involucramiento de los directivos.
- Lograr valoración de los procesos de calidad por parte de la comunidad usuaria de la APS.

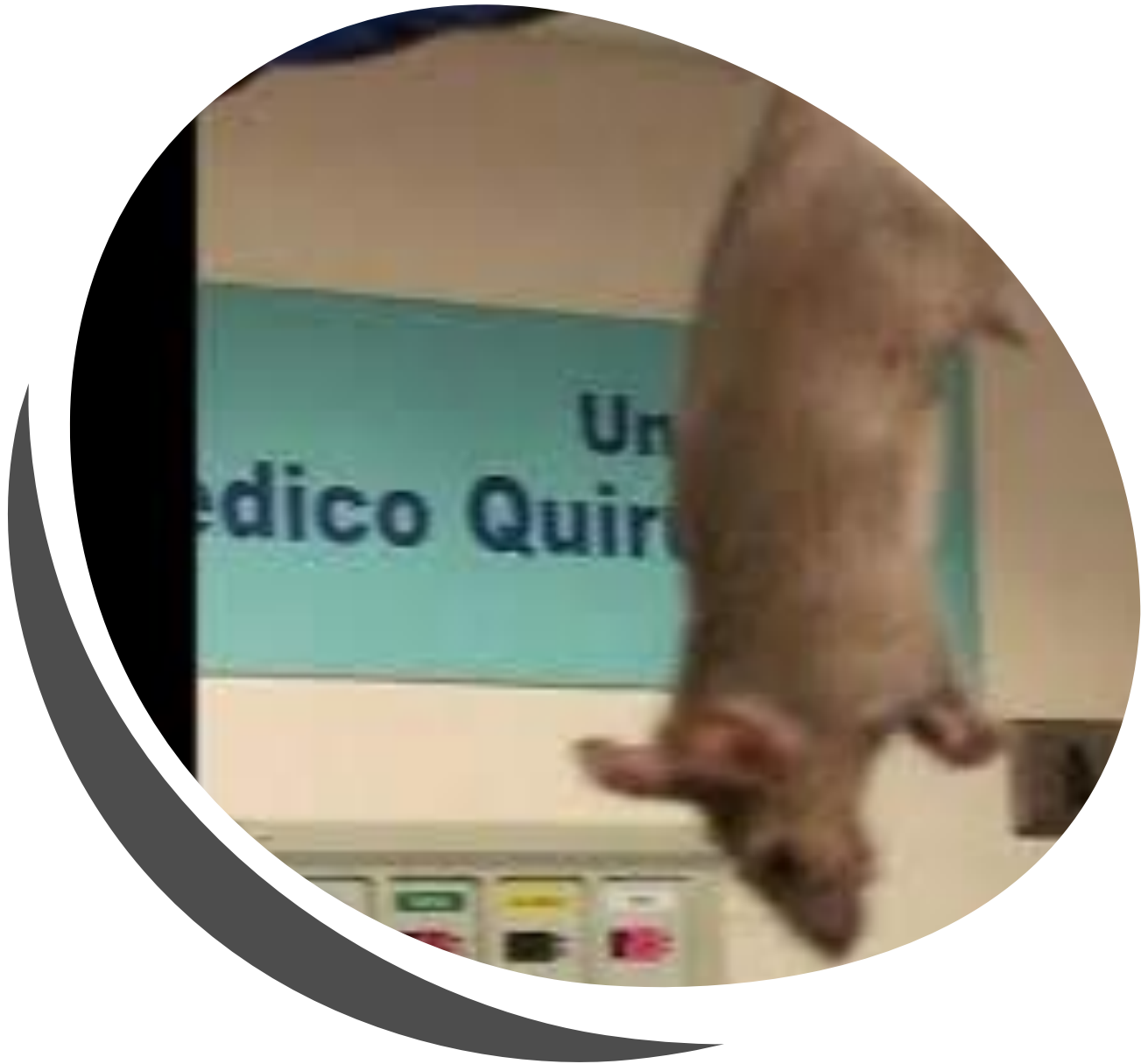


Oportunidades



- Mayor experiencia y fluidez de parte de las Entidades Acreditadoras en lo relativo a los procesos de acreditación en la APS.
- Creciente oferta de cursos y capacitaciones en temas de Calidad en salud.
- Desarrollo de trabajo conjunto de toda la red.
- Pese a ser un tema relativamente nuevo y poco conocido para APS, los procesos en general se encuentran normados.
- Motivación de RR.HH (Jefaturas, personal paramédico y administrativo).
- Costos generales del proceso son razonables para realidad de la APS.





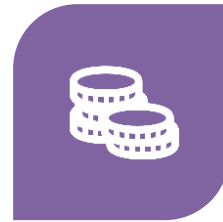
Seguridad en la Atención de Salud



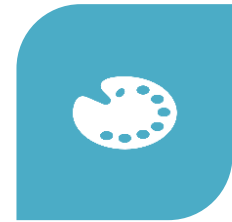
UN ASUNTO
ÉTICO



UN ASUNTO
POLÍTICO



UN ASUNTO
ECONÓMICO



UN ASUNTO
ESTÉTICO









Algunos links...

<http://www.supersalud.gob.cl>

<http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-channel.html>

<https://auge.minsal.cl/>

<https://auge.minsal.cl/storage/e1Ng5cQh3v1Ge4ckFfJrXAzOriUkUvQlk1zSWnYM.pdf>

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1183305>