

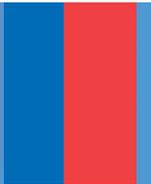


# ***ACREDITACIÓN DE PRESTADORES DE SALUD***

***Como herramienta de evaluación de  
la calidad.***

**M. Ing. Gianina Rojas Peña**  
**Jefa Subdepartamento de Calidad y Seguridad del Paciente**  
**Subdirección de Gestión Asistencial**  
**SSVQ**





*Modelo de Calidad según  
Reforma de Salud*



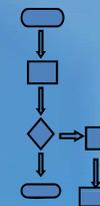
# Modelo de Calidad basado en: *Instrumentos Legales*

## 1) *Certificación de Prestadores*



## 2) *Autorización Sanitaria*

## 3) *Sistema de Acreditación*



## 4) *Registros Públicos*

# Modelo de Calidad basado en: Ciclo de Mejora Continua



*Modelo Garantístico de salud:*  
**Ley GES 19.966**

3 de septiembre del 2004

Se publica la ley que establece las



**Garantías Explícitas en Salud**

*Modelo Garantístico de salud:*  
**Ley GES 19.966**



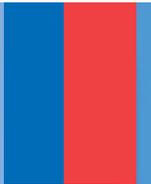
# Garantía de Calidad en Salud: Vigencia 1 de Julio 2013



**Prestador  
Individual**

“Garantía Explícita de Calidad:  
otorgamiento de las  
prestaciones de salud garantizadas por un  
prestador registrado o acreditado  
(de acuerdo a la ley N° 19.937 y Ley 19.966)

**Prestador  
Institucional**



## *Garantía de Calidad en Salud: Vigencia en Etapa Progresiva*

- 1º de Julio 2013: Los Prestadores Individuales deberán tener acreditada su formación ante la Superintendencia de Salud.
- 1º de Julio 2014: Los Prestadores Institucionales que traten patologías quirúrgicas de alta complejidad deberán estar acreditados. Total 24 tratamientos de patologías GES.
- 1º de Julio 2015: Todos los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada que otorguen las 80 patologías AUGE deberán estar acreditados.

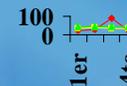
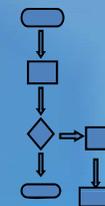
# Modelo de Calidad basado en: *Instrumentos Legales*

## 1) *Certificación de Prestadores*

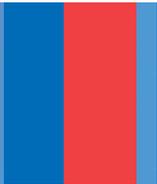


## 2) *Autorización Sanitaria*

## 3) *Sistema de Acreditación*

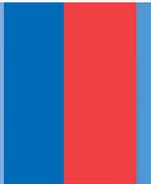


## 4) *Registros Públicos*



***Certificación de  
Prestadores Individuales***





## ¿Quienes deben estar registrados en la Superintendencia de Salud?

1. ***Médicos***
2. ***Cirujanos Dentistas***
3. ***Enfermeras***
4. ***Matronas***
5. ***Tecnólogos Médicos***
6. ***Kinesiólogos***
7. ***Psicólogos***
8. ***Terapeutas Ocupacionales***
9. ***Nutricionistas***
10. ***Fonoaudiólogos***
11. ***Químicos Farmacéuticos***
12. ***Bioquímicos***
13. ***Técnicos Paramédicos***



*¿Cómo ver si un profesional  
está registrado en la SIS?*



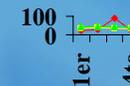
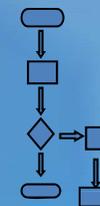
# Modelo de Calidad basado en: *Instrumentos Legales*

## 1) *Certificación de Prestadores*

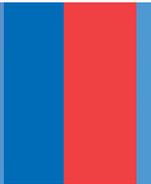
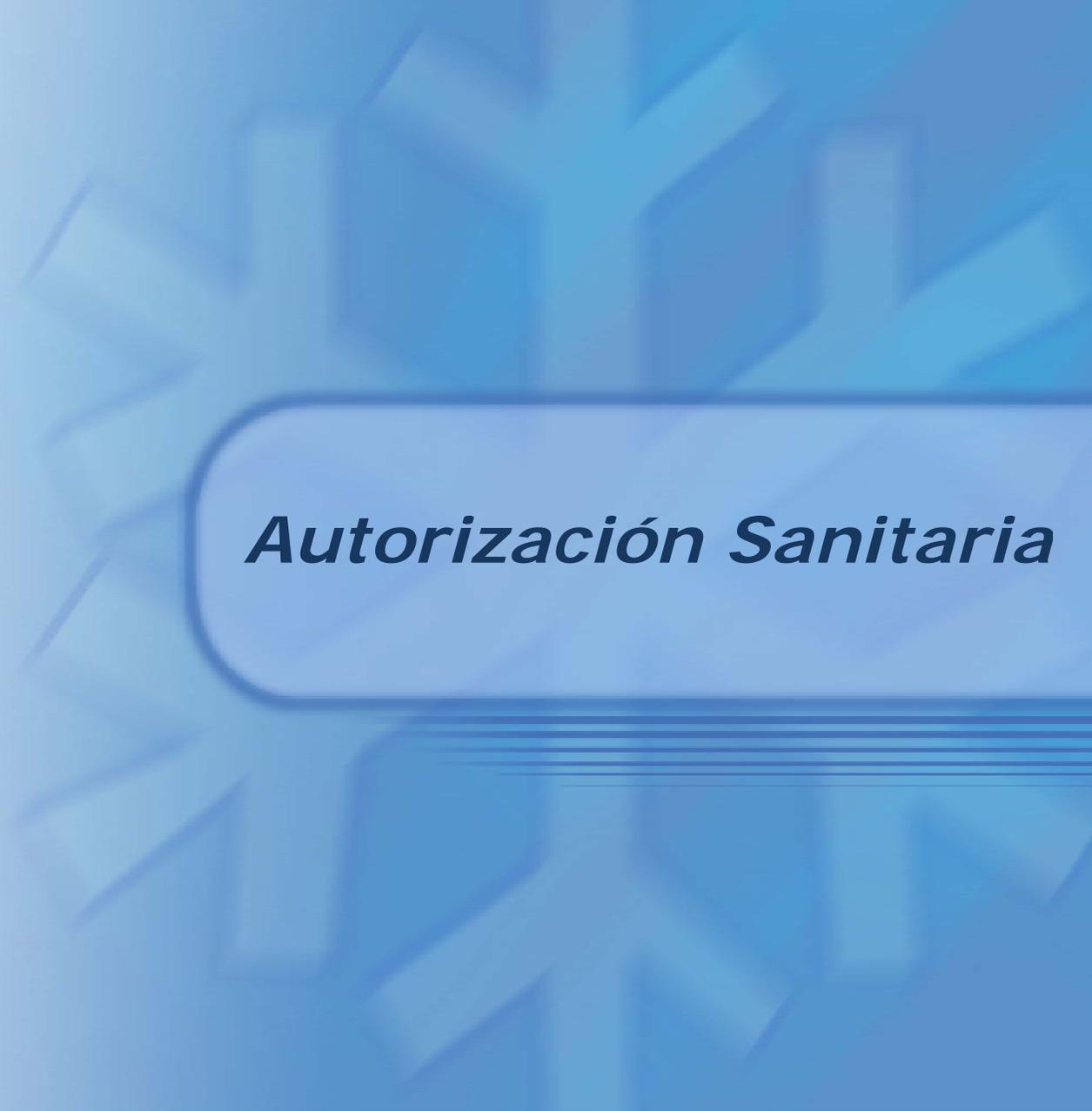


## 2) *Autorización Sanitaria*

## 3) *Sistema de Acreditación*



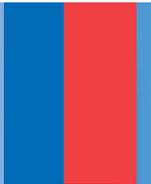
## 4) *Registros Públicos*



# ***Autorización Sanitaria***

# Autorización Sanitaria: ¿Cómo Proceder?





# Autorización Sanitaria

## Proceso de Demostración

1. *Se presentan antecedentes que solicita el Decreto N°161 de 1982, en sus artículo 7 y 10 para hospitales y para la atención abierta Decreto N°283 de 1997.*
2. *Se entrega solicitud de Proceso de Demostración de las Normas Técnicas Básicas ante la SEREMI de Salud, y se obtiene Resolución de la Autoridad Sanitaria, documento que nos permite presentarnos a la Acreditación.*
3. *Donde existen dependencias construidas luego del 2006 se solicita Autorización Sanitaria como por ejemplo de Sala de RX, Vacunatorio, Salas de procedimientos, etc.*

# Proceso de Demostración

**COPIA FIEL DEL ORIGINAL**

**DEMOSTRACION DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE AUTORIZACION SANITARIA**

EXENTA N° 2792

VALPARAISO, 30 AGO 2012

**MINISTERIO DE SALUD**  
SEREMI DE SALUD REGION VALPARAISO  
DEPTO. DE ACCION SANITARIA  
Oficina Provincial Aconcagua  
Área Profesiones Médicas /  
Dr. JORGE CALVETRE LUJAN MATSUDA DE PIKE  
N°50 14.08.2012  
R:138766-2012

**VISTOS:** estos antecedentes; lo dispuesto en el D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2763, de 1979, y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en el D.F.L. N°725/67, Código Sanitario; en el decreto N°136, de 2004, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en los artículos 7° y 10° del decreto N°161, de 1982, Reglamento de Hospitales y Clínicas; en el decreto N°152, de 2005, que modificó el decreto N°161/1982; en el decreto N°15, de 2007, Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, todos del Ministerio de Salud; lo dispuesto en la Resolución N°1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República, y

**CONSIDERANDO:**

1.- Que, de acuerdo al decreto N°15, de 2007, del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, la acreditación consiste en el proceso periódico de evaluación del cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud, en ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 4° N°11, del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, de ese mismo Ministerio, por parte de los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria para funcionar.

2.- Que, de acuerdo a lo anterior, los prestadores institucionales de salud que deseen someterse al proceso de acreditación ante la Superintendencia de Salud, deben contar, previamente, con autorización sanitaria de funcionamiento otorgada por la Secretaría Regional Ministerial respectiva.

3.- Que, sobre esta materia, el decreto N°152, de 2005, del Ministerio de Salud, que modificó el decreto N°161/1982 Reglamento de Hospitales y Clínicas, dispuso en su numerando 2° que los hospitales dependientes de los Servicios de Salud, actualmente en funcionamiento, no requerirán de nueva autorización sanitaria, en conformidad con el presente decreto: sin perjuicio de lo cual, para los efectos de someterse al procedimiento de acreditación, deberán demostrar, previamente, ante la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente su cumplimiento de los requisitos que estableció el Reglamento de Hospitales y Clínicas.

4.- Que, de acuerdo a lo anterior, el Ministerio de Salud emitió el Ordinario N°1863, del 8 de mayo de 2009, mediante el cual instruye a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Directores de Servicios del Salud del país sobre el procedimiento de demostración al que deberán someterse los establecimientos públicos de salud que deseen acreditarse.

5.- Que, mediante presentación de fecha 25 de julio de 2012, la Directora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Doña Elba Margarita Estefan Sagua, R.U.T.:8.775.767-6, solicitó el reconocimiento de la autorización sanitaria de dicho establecimiento, para efectos de iniciar el proceso de acreditación de prestadores institucionales de salud ante la Superintendencia de Salud.

6.- Que, de acuerdo al mérito de la revisión de antecedentes efectuada por la Unidad de Profesiones Médicas y Paramédicas, dependiente del Departamento de Acción Sanitaria de esta Secretaría Regional Ministerial, y

ley, dicto la siguiente:

7.- Teniendo presente las facultades que me confiere lo

**RESOLUCION**

I.- **TENGASE POR DEMOSTRADO** el cumplimiento de los requisitos de autorización sanitaria señalados en los artículos 7° y 10° del decreto N°161, de 1982, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Hospitales y Clínicas.

II.- **FIJASE** un plazo de treinta (30) días, contado desde la notificación de la presente resolución, para que el representante del establecimiento presente ante esta Autoridad Sanitaria el resultado de la auto aplicación de las Normas Técnicas Básicas sobre autorización sanitaria, aprobadas mediante decreto N°50, de 2000, del Ministerio de Salud, de acuerdo al procedimiento señalado en el Anexo N°1 del Ord. N°1863, del 8 de mayo de 2009, sobre "Instructivo para el proceso de Demostración de autorización sanitaria aplicable a los establecimientos públicos de salud que deseen acreditarse", emitido, en forma conjunta, por la Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales, de ese Ministerio.

III.- **EMITASE** la presente resolución para efectos de que el Hospital "Dr. Victor Hugo Moll", representado por la Directora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Doña Elba Margarita Estefan Sagua, R.U.T.:8.775.767-6 ubicado en Zola Gac N°801, de la ciudad de Cabildo, Región de Valparaíso, se someta al procedimiento de acreditación de prestadores institucionales de salud, contemplados en el decreto N°15, de 2007, del Ministerio de Salud.

**ANÓTESE Y COMUNIQUESE**

**SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD**  
DR. JORGE CALVETRE LUJAN MATSUDA DE PIKE  
SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD  
REGION DE VALPARAISO

**DISTRIBUCION**

- > Interesados (Hospital Dr. Victor Hugo Moll, Cabildo)
- > Directora Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota
- > Superintendencia de Salud
- > Sub-Dpto. Control del Seguro FONASA Regional
- > Depto. de Gestión e Inversiones (DGI)
- > Coordinadora Profesiones Médicas D.A.S.
- > UAU OPA
- > Carpeta establecimiento
- > Area Prof. Médicas
- > Archivo Partes

**TRANSCRITO FIELMENTE**  
Mano de Elba Sagua  
MINISTRO DE FE



# Autorización Sanitaria

## Proceso de Demostración



- 4. Una vez obtenida la Resolución del Proceso de Demostración, a los 30 días de emitida se sostiene reunión con la Autoridad Sanitaria donde se presenta la Autoevaluación de las Normas Técnicas Básicas y el Plan de Cierre de Brechas.*
- 5. Para los hospitales EAR se entregaron recursos para cierre de brechas de equipamiento e infraestructura, en los casos de los hospitales de menor complejidad aún no, pero se están levantando los proyectos, y en el caso de la Atención Primaria a través del programa de mantenimiento de infraestructura se ha ido entregando recursos desde el MINSAL para cierre de brechas.*



## *Algunas Ideas Artesanales*

## Hospital Santo Tomás de Limache



- Manejo de REAS  
Segregación de Residuos



## Hospital Santo Tomás de Limache

- Manejo de REAS  
Segregación de Residuos



## *Hospital Adriana Cousiño de Quintero*

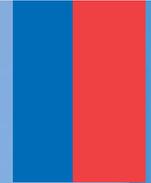


Recinto para  
guardar  
material de  
aseo



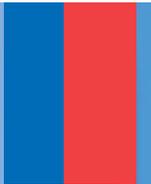
## Sistema de Alerta de Emergencia





## Tabla de Masaje Cardiaco





# *Normas Técnicas Básicas*

## **Monitoreo**

1. *Planillas Excel*

2. *SIS-Q*

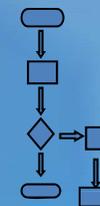
# Modelo de Calidad basado en: *Instrumentos Legales*

## 1) *Certificación de Prestadores*

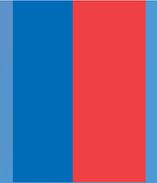


## 2) *Autorización Sanitaria*

## 3) *Sistema de Acreditación*

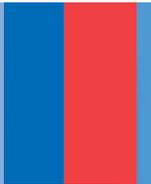


## 4) *Registros Públicos*



***Accreditación de  
Prestadores  
Institucionales de Salud***





*Se entiende por:*  
**Acreditación**

Proceso periódico de **evaluación** destinado a **medir** el nivel de **cumplimiento** mínimo que deben tener las prácticas relacionadas con la **seguridad en la atención** de salud en una institución determinada, comparándolas con una norma (**Estándar de Calidad**) definida por el Ministerio de Salud.

# *Autorización Sanitaria v/s Acreditación*

## **ESTRUCTURA**

### **Autorización Sanitaria**

Infraestructura:

- Requisitos de Recintos y específicos Generales

Equipamiento:

- Existencia de equipos, descripción.

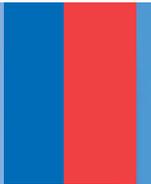
## **PROCESO Y RESULTADO**

### **Acreditación**

- Procesos Escritos
- Verificación de su ejecución
- Evaluación
- Análisis y reformulación
- Retroalimentación

Manuales





## *Qué se requiere para solicitar: Acreditación de Prestadores*

- *Solicitar formalmente, a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, ser sujetos del proceso de acreditación.*
- *Tener autorización sanitaria vigente o certificado de proceso de demostración ante la AS.*
- *Documentar que durante el año previo a la solicitud han realizado un proceso de auto-evaluación de la calidad asistencial.*
- *Pagar el arancel estipulado en la Ley*

# Estándares de Acreditación Publicados

## VIGENTES Y OPERATIVOS

Estándar General para ATENCIÓN CERRADA



Estándar General para ATENCIÓN ABIERTA



Estándar General para ATENCIÓN  
PSIQUIÁTRICA



Estándar General para CENTROS DE DIÁLISIS



Estándar General para SERVICIOS DE  
ESTERILIZACIÓN



Estándar General para LABORATORIOS  
CLÍNICOS



# Estándares de Acreditación Publicados

## VIGENTES Y OPERATIVOS

Estándar General para SERVICIOS DE  
IMAGENOLOGÍA

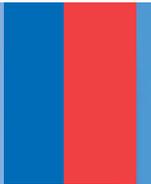


Estándar General para SERVICIOS DE  
RADIOTERAPIA



Estándar General para SERVICIOS DE  
RADIOTERAPIA





# *Manual de Acreditación: Estructura*

## **ÁMBITOS**

1. *Respeto a la dignidad del paciente*
2. *Gestion de la calidad*
3. *Gestion clínica*
4. *Acceso, oportunidad y continuidad de la atención*
5. *Competencias del recurso humano*
6. *Registros*
7. *Seguridad del equipamiento*
8. *Seguridad de las instalaciones*
9. *Servicios de apoyo*

# Manual de Acreditación

## Estructura At. Cerrada

| AMBITOS                                    | COMPONENTES | CARACTERISTICAS | ELEMENTOS MEDIBLES |
|--|-------------|-----------------|--------------------|
| Respeto A La Dignidad Del Paciente         | 5           | 8               | 60                 |
| Gestión De La Calidad                      | 2           | 2               | 44                 |
| Gestión Clínica                            | 3           | 19              | 282                |
| Acceso, Oport Y Continuidad de la atención | 2           | 5               | 65                 |
| Competencias Del Recurso Humano            | 4           | 9               | 114                |
| Ámbito Registros                           | 1           | 4               | 66                 |
| Seguridad Del Equipamiento                 | 3           | 5               | 10                 |
| Seguridad De Las Instalaciones             | 3           | 5               | 54                 |
| Ámbito Servicios De Apoyo                  | 13          | 49              | 257                |
| TOTAL                                      | 35          | 106             | 952                |

# Manual de Acreditación

## Estructura At. Abierta

| AMBITOS                                    | COMPONENTES | CARACTERISTICAS | ELEMENTOS MEDIBLES |
|--|-------------|-----------------|--------------------|
| Respeto A La Dignidad Del Paciente         | 5           | 8               | 549                |
| Gestión De La Calidad                      | 1           | 1               |                    |
| Gestión Clínica                            | 3           | 13              |                    |
| Acceso, Oport Y Continuidad de la atención | 2           | 3               |                    |
| Competencias Del Recurso Humano            | 4           | 8               |                    |
| Ámbito Registros                           | 1           | 4               |                    |
| Seguridad Del Equipamiento                 | 3           | 5               |                    |
| Seguridad De Las Instalaciones             | 3           | 5               |                    |
| Ámbito Servicios De Apoyo                  | 12          | 43              |                    |
| TOTAL                                      | 34          | 90              |                    |

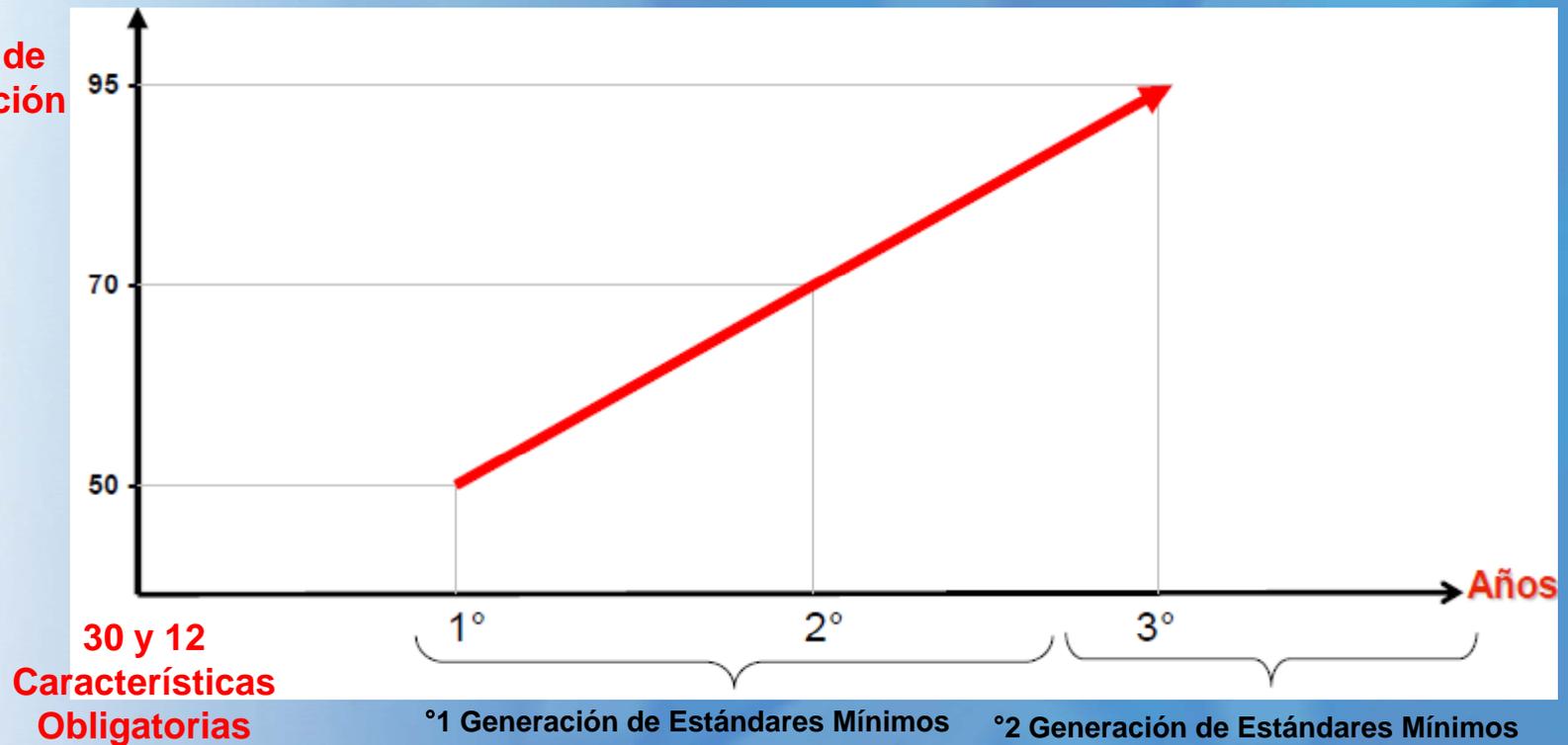
# *Manual de Acreditación: Características Obligatorias*

## **CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Establecimientos de Atención Cerrada<br/>Hospitales de Mayor Complejidad</b> | <b>30</b> |
| <b>Establecimientos de Atención Cerrada<br/>Hospitales de Menor Complejidad</b> | <b>12</b> |
| <b>Establecimientos de Atención Abierta</b>                                     | <b>12</b> |

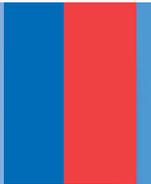
# Proceso de Implementación: Gradual e Incremental

Niveles de  
Acreditación  
%



## *Proceso de Implementación: Gradual e Incremental*

| <b>Proceso</b>  | <b>Acredita</b> | <b>Acredita con observaciones *</b> | <b>No Acredita</b>                             |
|-----------------|-----------------|-------------------------------------|--|
| 1°              | 50% o más       | Características obligatorias        | Menos de 50% e incumplimiento de 1 obligatoria |
| 2°              | 70% o más       | 50% a 69.9%                         | Menos de 50%                                   |
| 3° y siguientes | 95% o más       | 70% a 94.9%                         | Menos de 70%                                   |



# Manual de Acreditación: *¿En qué se traduce?*

## **1. Identificación de los Procesos Clave**

- . Descripción explícita del proceso (por escrito).
- . Que contenga requisitos de calidad en la descripción del proceso.
- . Asignación de responsabilidad de ejecución y de medición.

## **2. Evaluación del proceso**

- . Definición de indicadores de medición.
- . Determinación de umbral de cumplimiento.

## **3. Seguimiento**

- . Medición de los indicadores definidos.
- . Análisis de resultados
- . Formulación de planes de mejora.

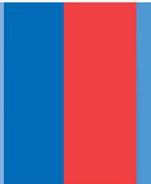
## **4. Constatar en terreno**

- . Realización efectiva de los pasos anteriores.

# *Manual de Acreditación: Elementos Medibles*

Requisitos específicos que se deben verificar para calificar el cumplimiento de cada característica y por lo general se configuran de la siguiente manera:

| <b>Elementos Medibles</b>  |
|--|
| <b>Se describe en un documento ... de carácter institucional (tema materia de la característica) y se ha definido responsable (s) de su aplicación</b> |
| <b>Se ha definido indicador a utilizar y umbral de cumplimiento ...(tema materia de la característica)</b>   |
| <b>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica ... (tema materia de la característica)</b>  |
| <b>Se constata el cumplimiento de.....</b>   |



# *Manual de Acreditación*

## **Estructura**

### **Ámbito:**

**ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

### **Componente AOC 1.:**

*El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo.*

### **Característica AOC 1.2:**

*AOC 1.2 Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.*

# Manual de Acreditación

## Estructura

### Característica:

- AOC 1.2 Atención Abierta
- AOC 1.3 Atención Cerrada

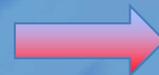
|                |                          | Elementos medibles AOC-1.2   | APL | APA | API |
|----------------|--------------------------|--|-----|-----|-----|
| <b>AOC-1.2</b> | <b>Cumple: ≥<br/>75%</b> | Se describe en un documento(s) de carácter institucional las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación. |     |     |     |
|                |                          | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.   |     |     |     |
|                |                          | Existe constancia que se ha realizado la evaluación periódica.   |     |     |     |
|                |                          | Se constata registro de notificaciones realizadas  |     |     |     |

# Manual de Acreditación

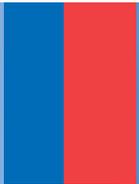
## Cumplimiento

| AOC-1.2 | Cumple: $\geq$<br>75% | Elementos medibles AOC-1.2   | APL | APA | API |
|---------|-----------------------|--|-----|-----|-----|
|         |                       | Se describe en un documento(s) de carácter institucional las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación. | 1   | NA  | 1   |
|         |                       | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.   | 1   | NA  | 1   |
|         |                       | Existe constancia que se ha realizado la evaluación periódica.   | 0   | NA  | 0   |
|         |                       | Se constata registro de notificaciones realizadas  | 1   | NA  | 0   |

5 cumplen/8 aplican = 62,5%



**No cumple**



# *Manual de Acreditación*

## **Monitoreo**

- 1. Planillas Excel*
- 2. SIS-Q*

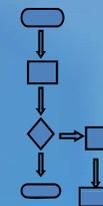
# Modelo de Calidad basado en: *Instrumentos Legales*

## 1) *Certificación de Prestadores*



## 2) *Autorización Sanitaria*

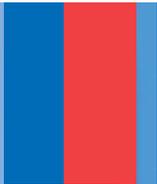
## 3) *Sistema de Acreditación*



## 4) *Registros Públicos*

## *Prestadores Acreditados: Registro en SIS*

| <b>PRESTADORES ACREDITADOS</b>       |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>Prestadores Privados Cerrados</b> | <b>12</b> |
| <b>Prestadores Públicos Cerrados</b> | <b>5</b>  |
| <b>Prestadores Privados Abiertos</b> | <b>17</b> |
| <b>Prestadores Públicos Abiertos</b> | <b>0</b>  |
| <b>Otros Centros Privados</b>        | <b>3</b>  |
| <b>Total Acreditados</b>             | <b>37</b> |



## *Prestadores Acreditados: Establecimientos Públicos*

### *Hospitales*

- 1. Instituto Nacional del Cáncer*
- 2. Exequiel Gonzalez Cortes*
- 3. Padre Hurtado (Experimental)*
- 4. San Juan de Dios*
- 5. San Juan de Dios de Los Andes*

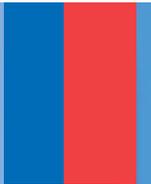
# Modelo de Calidad basado en: Ciclo de Mejora Continua



# Manual de Acreditación: Ejemplo Práctico de Elementos Medibles

Requisitos específicos que se deben verificar para calificar el cumplimiento de cada característica y por lo general se configuran de la siguiente manera:

| Elementos Medibles  |
|---|
| Se <b>describe</b> en un documento ... de carácter institucional ( <b>tema materia de la característica</b> ) y se ha definido responsable (s) de su aplicación |
| Se ha definido <b>indicador</b> a utilizar y umbral de cumplimiento ...(tema materia de la característica)  |
| Existe constancia de que se ha realizado la <b>evaluación periódica</b> ... (tema materia de la característica)   |
| Se constata el cumplimiento de.....   |

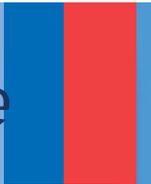


# *Manual de Acreditación: Ejemplo Práctico de Elementos Medibles*

- 1. Protocolización***
- 2. Definición de indicador y umbral***
- 3. Evaluación***
- 4. Acciones de Mejora***

Ver ejemplos





## *¿Para qué sirve la Acreditación de Prestadores en Salud?*

- 1. Sirve a los establecimientos, contribuyendo a la identificación de fortalezas y debilidades y al mejoramiento continuo.*
- 2. Sirve a las personas en general, entregando información asociada a la calidad de los establecimientos (Estándares Definidos e igualitarios tanto para establecimientos públicos como privados).*
- 3. A través de la Acreditación, se promueve criterios y buenas prácticas, poniendo el énfasis en la calidad de la Atención en Salud.*

[gianina.rojas@redsalud.gov.cl](mailto:gianina.rojas@redsalud.gov.cl)

# Gracias.

