



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**CALIDAD, ACREDITACIÓN Y SISTEMAS DE
ACREDITACIÓN EN SALUD**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO
DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA**

AUTOR: JULIÁN TORRES YÉVENES

PROFESOR GUÍA: ODONT. Mg. SP. LUIS POBLETE NORAMBUENA

PROFESORA INFORMANTE: TM Mg. SP. ERIKA RETAMAL CONTRERAS

**TALCA-CHILE
2021**

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2023

DEDICATORIA

Esta memoria va dedicada a mi madre Teresa y a mi padre Segundo quienes estuvieron apoyándome incondicionalmente durante los últimos 6 años en los momentos complejos y en el proceso de formación como profesional. Además, está dedicada a mis hermanos, Gustavo y Nolberto por darme el apoyo para cumplir con este ciclo de mi vida y por entregarme esos momentos de alegría y distracción que muchas veces necesitaba.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer especialmente a los docentes del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Talca por introducirme en el mundo de la salud pública y entregarme las herramientas necesarias para entender la salud desde un punto de vista social. Agradezco especialmente al profesor Alejandro Poblete, profesor guía de esta memoria quien me entregó las herramientas necesarias para entender y conocer en el mundo de la Calidad y Acreditación en Salud.

TABLA DE CONTENIDOS

I. RESUMEN	Pág
	8
II. INTRODUCCIÓN	9
III. OBJETIVOS	10
IV. METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	11
V. MARCO TEÓRICO	13
1. CALIDAD	13
1.1. Dimensiones de la calidad	14
1.2. Historia y evolución de la calidad	17
1.3. Calidad asistencial	20
1.4. Calidad en las reformas en salud	22
1.5. Calidad en la Atención Primaria en Salud	24
1.6. Seguridad del paciente y calidad de la atención	25
2. GESTIÓN DE LA CALIDAD	28
2.1. Gestión de la Calidad Asistencial	28
2.2. Modelos de Gestión de Calidad	30

3. ACREDITACIÓN	31
3.1. Modelo chileno de acreditación de la calidad	33
3.1.1. Proceso de acreditación para prestadores institucionales de salud	35
3.1.2. Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales	44
3.2. Modelo de acreditación para hospitales de la Joint Comisión International (JCI)	52
3.2.1. Acreditación Joint Commission International	52
3.2.2. Proceso de acreditación de JCI	54
3.2.3. Metodología de evaluación, informe de la evaluación, costos de acreditación y reglas de decisión	58
3.2.4. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International	59
4. COMPARACIÓN DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN SEGÚN EL MODELO CHILENO DE ACREDITACIÓN Y EL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL	69
VI. CONCLUSIONES	73
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Leyes de la reforma de salud entre los años 2003 y 2012	23
Tabla 2: Tipología de las estrategias para la gestión de la calidad y la seguridad del paciente.....	28
Tabla 3: Prestadores institucionales acreditados en Chile.....	32
Tabla 4: Prestadores institucionales acreditados según estándares.....	32
Tabla 5 : Reglas de decisión proceso de acreditación.....	34
Tabla 6: Aranceles que se aplican a prestadores institucionales para el proceso de acreditación	43
Tabla 7: Ámbitos y componentes evaluados durante el proceso de acreditación.....	45
Tabla 8: Componentes que se evalúan durante el proceso de acreditación.....	48
Tabla 9: Número de elementos medibles evaluados en las pautas de cotejos.	50
Tabla 10: Etapas del proceso de acreditación según JCI.....	55
Tabla 11: Objetivos internacionales para la seguridad del paciente (IPSG).....	60
Tabla 12: Acceso y continuidad de la atención (ACC).....	60
Tabla 13: Atención centrada en el paciente (PCC).....	61
Tabla 14: Evaluación de los pacientes (AOP).....	61
Tabla 15: Atención de los pacientes (COP).....	62
Tabla 16: Anestesia y atención quirúrgica (ASC).....	62
Tabla 17: Manejo y uso de medicamentos (MMU).....	63
Tabla 18: Mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes (QPS).....	63
Tabla 19: Prevención y control de infecciones (PCI).....	64
Tabla 20: Órgano de gobierno, liderazgo y dirección (GLD).....	65
Tabla 21: Administración y Seguridad de Instalaciones (FMS).....	66
Tabla 22: Capacidad y educación del personal (SQE).....	67
Tabla 23: Gestión de la información (MOI).....	68
Tabla 24: Comparación de los modelos de acreditación.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Dimensiones de la calidad	16
Figura 2: Flujograma para el reporte de un Evento Adverso (EA) o Evento Centinela (EC).	27
Figura 3: Cronograma del proceso de acreditación.....	42
Figura 4: Proceso de acreditación según normativa chilena.....	44

I. RESUMEN

La calidad se ha definido como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes, teniendo como principio fundamental la continua mejora de los procesos para la entrega de un producto o servicio que satisface las necesidades del usuario. En el último tiempo se ha introducido la calidad en la atención de salud y en los procesos de atención de salud, es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como asegurar que el paciente pueda recibir un conjunto de servicios sanitarios para mejorar el estado de salud del paciente. Es por esto que el Ministerio de Salud debió implementar un programa de gestión de calidad asistencial con el objetivo de mejorar continuamente la entrega de servicios de salud a partir del proceso conocido como Acreditación. La Acreditación es un proceso en el cual se someten los prestadores de salud para evaluar el grado de cumplimiento respecto a estándares mínimos establecidos por cada institución. La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo analizar los sistemas de acreditación de calidad en salud según la normativa chilena y la normativa desarrollada por la Joint Commission International. La metodología de investigación se basa en la revisión en la literatura del concepto de Calidad y Calidad Asistencial en partir de diferentes bases de datos científicas, y la revisión del concepto de acreditación según la normativa chilena en la base de datos de la Superintendencia de Salud y en la página web oficial del Sistema de Acreditación de Joint Commission International (JCI). Se concluye que la aplicación de la calidad en la salud ha generado mejoras en la atención y seguridad del paciente y el estudio de los sistemas de acreditación en Chile mostró diferencias a partir del número de estándares que se evalúan, prestadores que acredita y el proceso de evaluación.

Palabras claves: Calidad, calidad asistencial, gestión de calidad, eventos adversos, acreditación, eventos adversos, estándares.

II. INTRODUCCIÓN

La presente revisión bibliográfica pretende conocer el concepto de calidad en el sistema de salud chileno abordado a diferentes áreas con el objetivo de conocer cómo se aplica la calidad en los procesos de atención de salud, tanto en el nivel asistencial como en el nivel administrativo. Es por esto que, el concepto de calidad ha tenido una evolución significativa a lo largo de nuestra historia estableciendo como principal objetivo, entregar servicios de calidad acorde a las necesidades de la población. Es de suma importancia, aplicar la calidad en la salud, ya que, permite desarrollar un proceso que evalúa y asegura que los servicios de atención sanitaria se entreguen de forma óptima y efectiva para que puedan ser medidos a partir del uso de indicadores.

En Chile, se introduce la calidad en el sistema chileno a través de la Ley del régimen General de Garantía en Salud: Ley N° 19.966 que establece un régimen de garantías en salud o Garantías Explícitas en Salud (GES) en que se incluyen las garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, las cuales deben ser otorgadas por los diferentes centros asistenciales mediante sus prestaciones. En particular, la Garantía Explícita de Calidad dictamina que el otorgamiento de las prestaciones de salud debe estar garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo a la ley de Autoridad Sanitaria y Gestión.

Para asegurar que los establecimientos de salud asistencial, tanto privados como públicos, entreguen servicios de calidad que atiendan a las necesidades de las personas, deben cumplir con ciertos reglamentos y normativas que están estipulados en diferentes programas de evaluación de calidad, para asegurar que los servicios entregados cumplan con determinados estándares de calidad establecidos por diferentes organizaciones, ya sea, nacionales como internacionales, es por esto, que en la presente revisión se trabajará y se evaluará la normativa de acreditación de calidad chilena aplicada en los diferentes centros de asistenciales y la normativa que establece los estándares de acreditación de la Joint Commission International.

Es sumamente importante, realizar una comparación de las normativas para detectar las diferentes características y establecer las ventajas y desventajas de los procesos de acreditación aplicados, sirviendo como una herramienta esencial de posibles mejoras en las normativas de acreditación de la calidad en salud.

III. OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar los sistemas de acreditación de calidad en salud según la normativa chilena y la normativa desarrollada por la Joint Commission International

Objetivos específicos:

1. Conocer el concepto de Calidad aplicado a nivel asistencial y como se implementa en los programas de gestión de calidad.
2. Conocer el concepto de acreditación y el proceso de acreditación para prestadores de salud en Chile.
3. Analizar la normativa vigente del sistema de acreditación chileno para prestadores de salud.
4. Analizar la normativa establecida en los estándares de acreditación de la Joint Commission International
5. Comparar el sistema de acreditación de salud chileno y el estipulado por la Joint Commission International

IV. METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La metodología de estudio se basó en la revisión de la literatura de diferentes documentos asociados al concepto de “Calidad” y “Calidad Asistencial” por medio de la búsqueda en bases de datos como “Google Académico”, “SciELO”, etc. abarcando desde el año 2000 al año 2021. Además, de la revisión sistemática de documentos gubernamentales y/o institucionales abocadas a la Salud o asociadas a estudiar la Calidad en el ámbito sanitario. La búsqueda se realizó a partir de palabras claves, tales como: “Calidad”, “Calidad asistencial”, “Calidad en la salud” y “Calidad en la atención primaria” y se incluyeron documentos y artículos científicos en inglés y español. Dentro de los criterios de inclusión para la elección de documentos se encuentran: Revisiones sobre el concepto de calidad, documentos gubernamentales y de instituciones abocadas a estudiar la calidad, revisiones bibliográficas sobre calidad, calidad en salud, calidad y acreditación en salud, estudios descriptivos, observacionales y exploratorios sobre la calidad y/o acreditación en la salud. Por otro lado, los criterios de exclusión de los documentos y de la información, se encuentran: artículos de opinión, estudios realizados de fuentes no confiables, presentaciones o resúmenes, documentos que sinteticen información a partir de documentos primarios o secundarios. Se estudiaron 22 documentos y/o artículos científicos que estaban dentro del criterio de inclusión.

Para el análisis de acreditación en salud, se revisaron documentos asociados a “acreditación en salud”, “acreditación en centros asistenciales”, “reglamentos y normativas para centros de salud” desde el año 2000 hasta el año 2021. La metodología de búsqueda de información para el análisis de la normativa chilena se realizó por medio del sitio web de la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud en donde se estudiaron documentos asociados al proceso de acreditación, reglamentos, normas, decretos, circulares y manuales de estándares generales para la acreditación de los diferentes centros asistenciales. Para conocer la normativa de acreditación de hospitales según la Joint Commission Internacional, se revisaron los manuales de estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission Internacional y se revisó el sitio web de la presente entidad acreditadora. Además, se realizó

la búsqueda en bases de datos científicas, tales como, “Sciencie direct” y “Pubmed” diversos estudios que incluían los efectos de la acreditación de JCI en los procesos de atención de salud. Se incluyó en la revisión, literatura en inglés y español y se estudiaron 38 documentos y/o artículos científicos.

El análisis de los documentos se llevó a cabo a través del desarrollo de síntesis con los aspectos claves de los documentos utilizados y se incluyeron en la investigación dependiendo de la temática a desarrollar. Se realizaron diversas tablas, gráficos, diagramas y figuras para organizar la información.

V. MARCO TEÓRICO

1. Calidad

La “Calidad” según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se define como “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (1), las cuales, pueden ser igual, mejor o peor en comparación con las propiedades de otras especies.

La calidad posee dos características muy importantes, las cuales son: La subjetividad y la relatividad. Cuando hablamos que la calidad es subjetiva es porque la valoración depende del juicio de una persona según el uso diario y el ámbito de la aplicación; y es relativa porque se realiza una evaluación comparativa cuando hacemos una apreciación, es decir, se establece que un bien o servicio tiene más o menos calidad que otro bien o servicio.

El concepto de calidad tiene distintas definiciones y aplicaciones dependiendo del campo en el cual se esté trabajando, pero se ha determinado una forma precisa de definir la calidad y que incluye todas las áreas de trabajo en las cuales se aplica este concepto. La calidad corresponde a la “*satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes, a través de la mejora continua de los procesos y sistemas, traduciendo estos requerimientos en características medibles, a un costo razonable*” (2).

En 1980, el Dr. Avedis Donabedian, médico libanes y figura referente a nivel mundial en calidad y seguridad asistencial, estableció tres niveles de análisis de la calidad en la atención de la salud, los cuales son (3):

- La estructura se refiere a los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención. Los indicadores de estructura por tanto dan cuenta de la presencia o no de determinados recursos.
- El proceso incluye todo lo que el equipo de salud realiza por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también lo que los propios usuarios hacen por su autocuidado e incluye también procedimientos administrativos y de comunicación con el paciente, continuidad de cuidados entre niveles de atención,

etc. Los indicadores de proceso evalúan el grado de adopción de determinadas prácticas relevantes para la calidad de la atención.

- Los resultados constituyen los cambios en el estado de salud de los usuarios derivados del servicio otorgado. Incluyen, además, la satisfacción del usuario y del personal de salud. Los indicadores de resultado evalúan el impacto en la salud de los usuarios de las prácticas implementadas.

1.1. Dimensiones de la calidad

La calidad en salud es medible y evaluable, por lo tanto, todo análisis que involucre actividades de calidad asistencial se debe considerar diferentes las dimensiones. Los estudios de diversas organizaciones sanitarias y diferentes trabajos presentes en la literatura médica permiten identificar diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con su calidad. Entre ellas las más relevantes son: (4).

- **Efectividad:** Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable. Comprende, al mismo tiempo, minimizar los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada.
- **Eficiencia:** Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados. Comprende dos características:
 1. *Idoneidad de los servicios.* Oportunidad o suficiencia de un servicio concreto prestado al paciente.
 2. *Coste de los servicios:* Si se quiere lograr una eficiente provisión de servicios, en última instancia, el coste debe ser igual al valor que tienen aquellos para el paciente. Deben utilizarse los recursos alternativos menos caros y evaluar el coste/beneficio.

- **Adecuación:** Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Su medida comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica.
- **Competencia profesional:** Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al profesional sanitario como a la organización.
- **Calidad científico-técnica:** Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.
- **Seguridad:** Balance positivo de la relación beneficios/riesgos. También puede conceptuarse como el resultado de la acción sinérgica de la competencia y cortesía del personal sanitario. Respecto a los equipos y edificios, la seguridad se refiere a la garantía y protección de estos.
- **Aceptabilidad:** Incluye dos dimensiones:
 1. *Satisfacción del paciente.* Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.
 2. *Cooperación del paciente.* Grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional.
- **Satisfacción del profesional:** Grado de complacencia del profesional sanitario con las condiciones de trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.
- **Disponibilidad:** Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben ser disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.
- **Accesibilidad:** Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

- **Continuidad:** Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones.

La figura 1 resume las diferentes dimensiones de la calidad tratadas anteriormente.

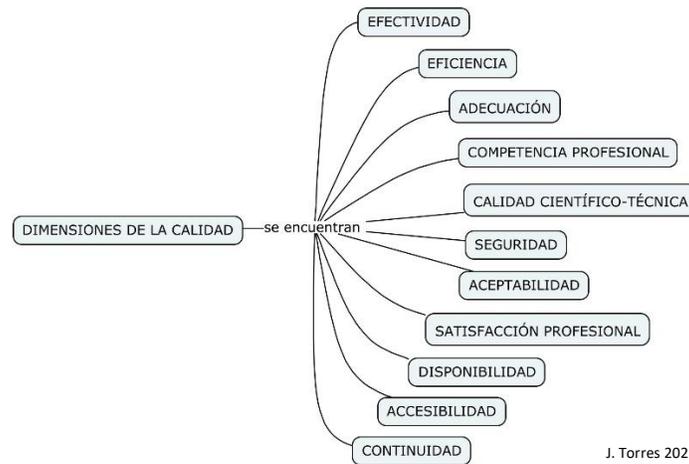


Figura 1: Dimensiones de la calidad. La figura muestra las once dimensiones que estudia el concepto de calidad según modelo de la OMS 1994.

Es importante la evaluación de las dimensiones de la calidad a través del uso de indicadores, ya sean de estructura, proceso o resultado, pudiendo obtener una visión de los que sucede con la calidad de las atenciones en una determinada institución asistencial. De esta forma se pueden plantear acciones de mejoras o medidas correctivas en los ámbitos que lo requieran.

Lo anterior constituye un principio fundamental de la gestión de calidad, desarrollándose un ciclo en que se describen secuencialmente las acciones de planificar, realizar, evaluar y actuar, conocido como el ciclo de la mejora continua en calidad.

En los últimos años, la seguridad ha sido una de las dimensiones de la calidad ampliamente estudiadas producto del impacto que puede causar en el estado de salud, por lo que se ha planteado la necesidad de desarrollar sistemas de salud que puedan proveer atenciones más seguras identificando eventos con efectos negativos para los usuarios.

La Calidad y Seguridad de la Atención de los pacientes constituye una obligación técnica de quienes entregan los servicios expresada a través de la transparencia de procesos y resultados

de las acciones que desarrollan los sistemas sanitarios. En Chile, desde la Constitución Política se establece que es deber del estado respetar y promover el derecho a la protección en salud, por lo que se ha establecido como estrategia estandarizar las prácticas relacionadas a la calidad y seguridad, medir los resultados obtenidos y compararlos con los resultados esperados de la atención, mejorando la entrega de las prestaciones de salud y desarrollarlas de acuerdo a las expectativas de la población (5).

Se define como “Seguridad de la atención en Salud” como un *“proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos tanto del prestador institucional, prestador individual y del usuario, la eliminación de los innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad”* (5).

La evidencia disponible sobre el daño asociado a la atención en salud destaca que los eventos adversos son frecuentes y algunos de ellos pueden ser graves causando invalidez permanente o la muerte.

Se entiende por evento adverso a una *“situación o acontecimiento inesperados relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad”*. Por otro lado, se entiende como evento centinela a un *“suceso inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra”* (5).

Estos eventos adversos y centinelas ocurren en circunstancias en que no existen medidas de prevención en las cuales deberían haber estado instaladas, por lo que es sumamente necesario desencadenar acciones preventivas en pacientes expuestos.

1.2. Historia y evolución de la calidad

Los primeros indicios en la historia del concepto de calidad surge en la antigua Babilonia en el cuál fue creado el Código Hammurabi (1752 A.C) en el cual en unos de sus apartados se desprende que: *“si un arquitecto hizo una casa para otro y no la hizo sólida, y si la casa que*

hizo se derrumbó y ha hecho morir al propietario de la casa, el arquitecto será muerto” (6). En estos casos es importante señalar que desde las antiguas civilizaciones ha habido un interés importante en desarrollar bienes y servicios de calidad acorde a las necesidades de la persona.

En la época medieval (siglo V-XV), la producción y comercialización se realizaba en pequeños talleres. Con la expansión del comercio se crearon los *gremios*, que eran organizaciones que establecían especificaciones para materiales, procesos y productos elaborados y además, *“tenían la potestad de castigar a aquel que vendiera productos carentes de calidad; con precios muy altos, lo cual era injusto para el cliente; o muy bajos, que era una manera poco limpia de hacer competencia a otros artesanos” (7).*

En 1832, Charles Babbage establece la especialización del trabajo, añadiendo la ventaja de la disminución del tiempo necesario para que un trabajador aprenda una tarea. De esta forma, nace el concepto de la Inspección el cual tenía como propósito medir ciertas características o identificar defectos del producto final, desechando los productos que no cumplían con las especificaciones.

En los años 1920 se desarrollaron un conjunto de nuevos métodos de inspección y mejora de la calidad. En los laboratorios de Bell Telephone en Estados Unidos, un equipo de investigadores dirigido por Walter A. Shewhart, propusieron la aplicación de técnicas estadísticas al control de calidad, dando origen a lo que hoy se conoce como Control Estadístico de la Calidad, el cual tenía como objetivo identificar y eliminar las causas que generan los defectos, en este momento del tiempo la calidad era vista como el cumplimiento de especificaciones (5). La importancia de los métodos empleados era diferenciar entre variaciones estables o comunes y variaciones especiales o que indican la presencia de algún fallo, con la finalidad de mantener un proceso con un estado planificado que siga siendo capaz de cumplir los objetivos establecidos.

En 1946 se funda en Estados Unidos la American Society for Quality Control (ASQC) que tenía como objetivo compartir información sobre control estadístico de la calidad para

mejorar y mantener la calidad de los materiales de guerra. Durante ese mismo periodo se crea la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (UCIJ, más conocida como JUSE) y la International Standard Organization (ISO) cuyo objetivo era facilitar la coordinación y unificación internacional de estándares industriales (8).

En los años 1950 tras la segunda guerra mundial, en Japón surge la llamada “*Revolución de la Calidad*” en la que ingenieros japoneses inician un estudio exhaustivo de control estadístico de la calidad obteniendo resultados positivos al aplicar estos conocimientos en las empresas lográndose la mejora en la calidad y productividad. En este sentido, se da una percepción de la calidad en la cual se admite que esta afecta a toda la organización y que tiene implicancias fuera del área de la producción por lo que surge un nuevo enfoque en la gestión de la calidad denominado Aseguramiento de la calidad, el cual tiene como finalidad comprobar que se realizan todas las actividades satisfactoriamente de modo que el producto resultante sea adecuado, pasando del departamento de calidad e involucrando a toda la organización.

En 1960 se crean los primeros círculos de calidad, por Kaoru Ishikawa (9) los cuales se basaban en un sistema participativo de gestión en el que los trabajadores se reúnen en grupos pequeños para realizar sugerencias y solucionar problemas relacionados con aspectos del propio trabajo.

Entre 1969-1970 en Japón, se adopta el termino control de calidad total o calidad total (acuñado por empresas estadounidenses) definido por el profesor Feigenbaum como “*un eficaz sistema de integrar el desarrollo de la calidad, su mantenimiento y los esfuerzos de los diferentes grupos en una organización para mejorarla y así permitir que la producción y los servicios se realicen en los niveles más económicos que permitan la satisfacción del cliente*” (6).

Los años 1990 se caracterizaron por una proliferación de estudios, trabajos y experiencias sobre el Modelo de Gestión de la Calidad Total (GCT o TQM: Total Quality Management) en donde existe una preocupación generalizada en las empresas por la calidad en todos los

países. En los inicios del año 2000, la calidad se ha considerado como un requisito para competir en muchos mercados, es por esto que muchas organizaciones enfocan sus esfuerzos en lograr el mejoramiento de la calidad, entre ellas la ISO.

1.3. Calidad asistencial

En el área de la atención en salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Calidad Asistencial como *“Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”* (10).

Otros autores, definen la calidad en las prestaciones en salud como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la calidad como el “conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente” (11).

En la década de los años setenta, la calidad asistencial se centró en mejorar aspectos científico-técnicos, lo que posteriormente, en la década de los ochenta y de los noventa se comenzaron a plantearse acciones dirigidas a conseguir un uso adecuado de los recursos asistenciales y a mejorar la satisfacción de los pacientes (12). En la actualidad, existe una inquietud por continuar mejorando la calidad asistencial focalizada en entregar una atención oportuna, satisfactoria y segura cumpliendo con las dimensiones de la calidad.

Según el autor Avedis Donabedian, una de las figuras más destacadas en cuanto a aportaciones a la gestión de la calidad en el mundo sanitario, determina tres componentes de la asistencia sanitaria conformando los atributos determinantes de la calidad asistencial. Estos son: los aspectos técnicos-científicos, la relación interpersonal, y otros elementos del entorno (12).

- A) Aspectos técnicos-científicos: está compuesto por aspectos relacionados con el correcto diagnóstico y tratamiento, los que dependen de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencias adecuadas.
- B) Relación interpersonal: tiene mucha importancia para la evaluación de la calidad debido a dos razones fundamentales. Por un lado, a través del intercambio personal, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico y da a conocer sus preferencias de métodos de asistencias más adecuados. El médico proporciona información a su paciente acerca de la naturaleza, grado de gravedad, origen y tratamiento de la enfermedad, y lo motiva para que desarrolle una activa colaboración en la asistencia. Por otro lado, la relación interpersonal recoge gran parte de los factores determinantes de un buen servicio desde el punto de vista de los pacientes. La discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, el tacto en el trato, la responsabilidad, la confianza, la empatía y la sensibilidad son, entre otros, los resultados favorables que derivan de una buena relación interpersonal entre médico y paciente.
- C) Entorno: se relaciona con el grado de confort logrado en la atención, los servicios de hostelería proporcionados, el sistema de información, la situación de intimidad en la que se atiende el paciente.

Cuando se estudia el concepto de calidad asistencial, es importante conocer las expectativas y necesidades de los grupos implicados en la asistencia sanitaria. Los tres grupos se definen como:

- A) Los pacientes o usuarios del servicio sanitario son los que solicitan la atención para que puedan ser atendidos para su mejora funcional u orgánica, alivio de dolor o molestia o para transmitir al profesional sanitario una preocupación sobre su salud.
- B) Los profesionales son los que proporcionan la atención los cuales, necesitan disponer de recursos para poder desempeñar sus funciones y para poder atender a los usuarios. Dichos recursos abarcan tanto el material y el correcto estado de las instalaciones como la organización, el espacio y el tiempo necesario para la toma de decisiones. Estos profesionales necesitan, a su vez libertad, para actuar ante el problema de salud y para desarrollar sus actividades.

- C) La administración es la encargada de proporcionar los recursos necesarios y promover un uso adecuado y eficiente de los mismos, con el objetivo de lograr la satisfacción tanto del usuario como del profesional.

La calidad de atención se debe enfocar en cuatro aspectos, los cuales son:

1. Una adecuada prevención y/o tratamiento aplicado oportunamente.
2. Se debe evitar o reducir los posibles daños.
3. Se debe respetar la dignidad y derechos de los enfermos.
4. Se debe garantizar una gestión de recursos eficiente.

Para lograr estos objetivos se requiere de una calidad técnica, es decir, tomar las decisiones correctas a partir del conocimiento, experiencia y habilidades; de una calidad de interacción entre el equipo de salud y los pacientes junto con los familiares, con el fin de establecer confianza, empatía y respeto a los valores y principios de los enfermos; y un adecuado manejo de los costos de atención (13).

1.4. Calidad en las reformas en salud

A finales de la década de los noventa, el sistema de salud chileno tenía una serie de problemáticas, tanto a nivel estructural como a nivel asistencial. Las problemáticas que se destacaron fueron (14).

1. Alto grado de inequidad en el acceso a las prestaciones del sistema de salud, debido a las diferencias entre el sistema FONASA e ISAPRE.
2. Deficiencias en la gestión de establecimientos de salud, tanto de nivel primario (consultorios) como a nivel secundario (hospitales) destacando gran nivel de ineficiencia y descoordinación de las redes centrales y regionales.
3. Falta de regulación de planes y atenciones en el subsistema privado.
4. Inadecuación del sistema de salud para adaptarse a los cambios propios del perfil epidemiológico de la población.
5. Insuficiencia en el financiamiento en el sector público.

Dada la situación que enfrentaba el sistema de salud chileno fue necesario implementar una reforma que incluía diferentes proyectos de ley que se abocaban en mejorar la situación. Durante el gobierno del presidente Ricardo Lagos Escobar, impulsó una reforma con cinco pilares, los cuales se detallan en la tabla 1.

Tabla 1: Leyes de la reforma de salud entre los años 2003 y 2012

Nombre	N° de la ley	Fecha de publicación	Características
Ley de financiamiento	Ley N° 19.888	13 de agosto de 2003	Establece el incremento del impuesto al valor agregado y a impuestos específicos para sustentar los cambios introducidos, aumentando el IVA en un 1%.
Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión	Ley 19.937	24 de febrero de 2004	Crea dos subsecretarías las cuales son: 1. Subsecretaría de Salud Pública 2. Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES)	Ley N° 19.966	03 de septiembre de 2004	Establece cuatro garantías para la atención de un grupo de patologías priorizadas. Las garantías son: 1. Acceso 2. Oportunidad 3. Financiamiento 4. Calidad
Ley de ISAPRES	Ley N°20.015	17 de mayo de 2005	Crea un régimen especial de supervigilancia y control de la actividad de las ISAPRES
Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes	Ley N° 20.584	01 de octubre de 2012	Regula los derechos y deberes que tienen las personas vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores

Fuente: Elaboración propia

Es importante destacar que la reforma implementada tuvo como principal interés desarrollar procesos de atención de salud centrados en la calidad y seguridad del paciente con un mayor énfasis en la cobertura y acceso. La Ley de “Acceso Universal a Garantías Explícitas” (AUGE) o también llamada “Ley del Régimen General de Garantía en Salud”, establece la garantía de calidad a la atención de una serie de patologías establecidas obligando que diferentes prestadores institucionales entreguen servicios de calidad regulados por diferentes

entes institucionales. Este importante acontecimiento marca un acercamiento a la calidad y el establecimiento de políticas sanitarias.

1.5. Calidad en la Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye la base del sistema público de salud chileno-basada en el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitaria (MAIS) el cual satisface las necesidades de los usuarios, entregando una atención integral, oportuna, de calidad y resolutive, y culturalmente aceptada por la población (15). La APS tiene como principales acciones la promoción y el autocuidado de las personas, la prevención de enfermedades, el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas u otro tipo de intervención y la rehabilitación y tratamiento de personas con secuelas de enfermedades.

Con la implementación de la ley GES (ley 19 966), se identificó que Atención Primaria en Salud (APS) contribuye a la prevención de patologías y promoción de estilos de vida que favorecen la salud de las personas, por lo que se determinó que es sumamente necesario mejorar y potenciar las acciones que se llevan a cabo para entregar un servicio de salud basado en calidad. Debido a esto, que hoy se implementan procesos de acreditación a centros de Atención Primaria en Salud (APS). Es importante destacar que, en todo prestador institucional de salud, la implementación de prestaciones de calidad se basa principalmente en como los equipos de salud perciben el concepto de calidad y gestión de calidad (11).

A partir del 2 abril de 2007, se publicaron los Estándares Generales de Calidad para establecimientos de atención abierta y cerrada, los cuales fueron diseñados para asegurar la calidad a los servicios de salud que se entregan a la población y avanzar hacia el cumplimiento de la garantía de calidad estipulada en la ley (16).

Para asegurar la calidad en las atenciones de los prestadores, el Ministerio de Salud estableció determinados procesos los cuales son: la autoridad sanitaria y la acreditación: La Autoridad Sanitaria se encarga de vigilar que los establecimientos de salud cumplan con los requisitos

básicos impuestos sobre la infraestructura, organización y procedimientos y la Acreditación correspondiente a una evaluación periódica que se realiza a los centros de salud, con la finalidad de verificar el cumplimiento de los estándares básicos establecidos por el Ministerio de Salud y que tiene por objetivo velar que las prestaciones que se otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de los usuarios (17).

1.6. Seguridad del paciente y calidad de la atención

La seguridad de la atención en salud es un proceso centrado en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables. La evidencia señala que los eventos adversos son muy comunes los cuales pueden ser graves causando invalidez o la muerte (18).

La Constitución política de Chile establece que es deber del Estado respetar y promover el derecho a la protección de la salud, por lo tanto, se ha establecido como estrategia estandarizar las practicas relacionadas a la calidad y seguridad, medir resultados obtenidos y compararlos con resultados esperados de la atención, de esta forma, se mejora la entrega de las prestaciones de salud y se desarrollan acordes a las expectativas de la población (19).

El Ministerio de Salud establece una normativa conocida como “Normas sobre la seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de reporte de eventos adversos y eventos centinelas” que tiene propósito contribuir a la seguridad de la atención del paciente mediante la prevención de eventos adversos (EA) y eventos centinelas (EC) a través de:

- Implementación y aplicación de un proceso de supervisión de prácticas de prevención en la institución.
- Implementación de un sistema de reportes y análisis de eventos adversos y eventos centinelas potencialmente prevenibles.

Esta normativa tiene como estrategia principal la aplicación de metodologías para prevenir y vigilar la ocurrencia de eventos adversos asociados a procesos asistenciales, tales como, procedimientos quirúrgicos, infecciones, y los asociados a atención de salud y cuidados de pacientes; y tiene como objetivo general establecer en los Prestadores Institucionales de Salud un sistema local de reporte y análisis de eventos adversos y eventos centinelas (18).

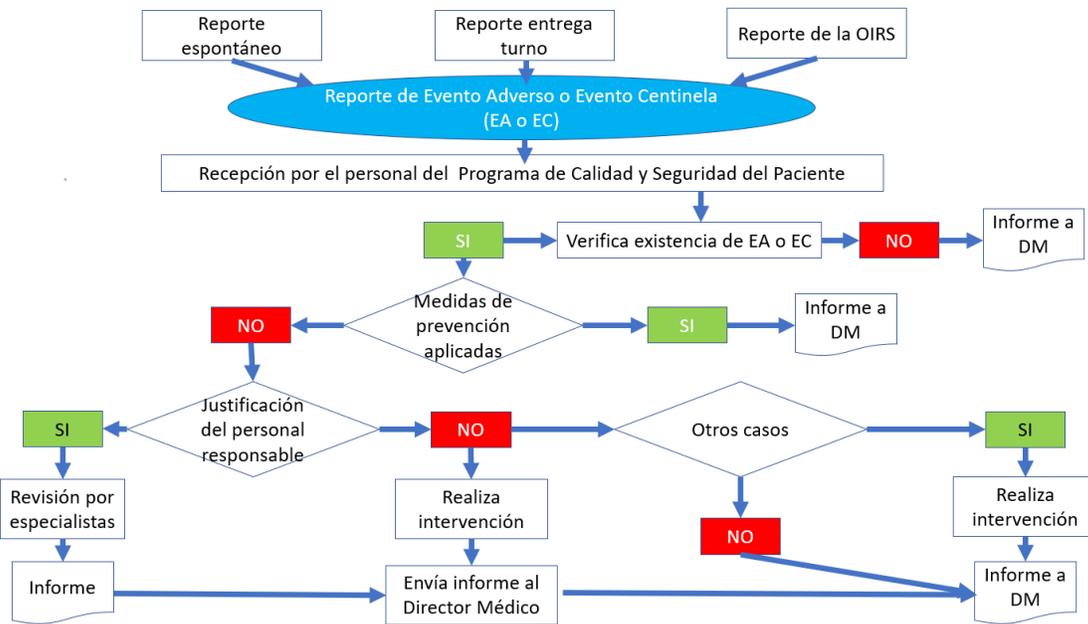
En el proceso, se estipula que los prestadores institucionales públicos o privados deben cumplir con la implementación, seguimiento y monitorización de los protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención que el Ministerio de salud defina, en la cual se incluirán indicadores de proceso y de resultados los que van a permitir conocer el estado de seguridad del paciente. Los ámbitos de seguridad del paciente y calidad de atención que se han considerado para la definición de los indicadores son (18):

1. Vigilancia y análisis de eventos adversos y evento centinela
2. Infecciones Asociadas a Atención de Salud (IAAS)
3. Seguridad en cirugía
4. Atención y cuidados de los pacientes
5. Medicina transfusional

Las normas establecidas de seguridad del paciente y calidad de la atención respecto son (19):

1. Reporte de Eventos Adversos y Eventos Centinelas
2. Normas de los Programas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
3. Normas de Prevención de Errores en Pacientes sometidos a Procesos Quirúrgicos
4. Normas de Prevención de Errores Asociados a Transfusiones
5. Normas de Prevención de Errores en la Atención de Salud y Cuidados del Paciente

En la figura 2 se presenta el flujograma de notificación de eventos adversos y eventos centinelas según la normativa del Reporte de Eventos Adversos y Eventos Centinelas.



J. Torres 2021

Figura 2: Flujograma para el reporte de un Evento Adverso (EA) o Evento Centinela (EC). La figura muestra cómo se lleva a cabo el reporte de un EA y un EC y cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en cada etapa. Tomado del Ministerio de Salud (19).

2. Gestión de la calidad

2.1. Gestión de la calidad asistencial

La Gestión de la Calidad se define como el conjunto de estrategias que tienen como objetivo asegurar un producto o servicio satisfactorio para el cliente abarcando, tanto los procesos operativos de la organización, como los de planificación, control y gestión de personas (20).

La calidad asistencial es de suma importancia entre los distintos organismos institucionales relacionados a la gestión sanitaria, principalmente por los daños que se generan producto de atenciones inseguras y de baja calidad causando el evento adverso como el producto intermedio entre baja calidad y daño. En Chile, un estudio de incidencia de eventos adversos en el Hospital Padre Hurtado mostró una tasa de 8,3% de evento adversos durante el 2008, por otro lado, un estudio de similares características en la Clínica Vespuccio encontró una tasa de 6,2% (21).

Debido a la situación, a nivel mundial se han establecido diferentes estrategias o políticas que se encargan de resolver y disminuir los eventos adversos causados por atenciones en salud. La tabla 2 muestra las estrategias de gestión de calidad y seguridad paciente para disminuir los eventos adversos en los usuarios.

Tabla 2: Tipología de las estrategias para la gestión de la calidad y la seguridad del paciente

Tipo	Nivel	Estrategia
Política sanitaria	Global	Alianza Mundial para la Seguridad del paciente (OMS)
		Health Care Quality Indicators Project (OCDE)
	Nacional	Garantía legal de la calidad asistencial.
		Política de Acreditación Institucional de la Calidad
Gestión Sanitaria	Central	Elaboración de “estándares” de organización y de provisión de servicios
		Elaboración de “indicadores transversales” para la gestión de la calidad
		Promoción de la gestión por procesos
	Local	Acreditación institucional de la calidad
		Monitoreo de indicadores
		Identificación y monitorización de eventos adversos/eventos centinelas

		Establecimiento de comités locales para la gestión de la Calidad
		Implementación de Pautas de Supervisión
		Implementación de Guías Clínicas, Protocolos y Procedimientos
		Acreditación de profesionales de la salud

OMS: Organización Mundial de la Salud; OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Fuente: Saavedra, C. 2014 (20).

En el ámbito de calidad asistencial, existen estrategias abocadas a nivel político sanitario y a nivel de gestión sanitaria. A nivel de política sanitaria, se distinguen, las de nivel global, dirigidas por la Organización Mundial de la Salud y sus oficinas regionales y por otros organismos multinacionales como la OCDE. Las estrategias a este nivel buscan impulsar a los países a generar estrategias de mediano y largo plazo. En segundo lugar, se encuentran las políticas nacionales para la calidad, dentro de las que destacan la inclusión de la calidad de las prestaciones sanitarias como una garantía legal.

Las estrategias a nivel de gestión sanitaria se centran en dos niveles: a nivel central, compuesto por el Ministerio de Salud o Servicio de Salud, que diseña e implementa gestiones que afectan a todas las instituciones del país; y el nivel local, compuesta por hospitales, consultorios, clínicas; que implementa estrategias en las unidades clínicas de una institución afectando directamente la atención de pacientes. Respecto a estrategias de gestión de nivel central, se distinguen, por un lado, un conjunto de estrategias asociadas a la gestión de procesos que se materializan en la elaboración de estándares e indicadores. Estos generalmente son establecidos por el ministerio del ramo y usados para la evaluación de los prestadores tanto públicos como privados. Finalmente, dentro de las estrategias de gestión a nivel local se distingue en primer lugar, la acreditación institucional de la calidad que puede ser exigida por ley, o implementada por motivación de cada institución, y en segundo lugar, una serie de estrategias que se desarrollan en las unidades clínicas en cada institución (20).

En Chile, el concepto de gestión de calidad aparece con el objetivo de cumplir con los requerimiento de la ley GES y se refiere a que el prestador institucional cuente con políticas y programas orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes, teniendo como componentes esenciales la implementación de políticas de calidad

de nivel estratégico y una estructura organizacional responsable de liderar las acciones de mejora continua de la calidad en aspectos como la seguridad de los pacientes (22).

2.2. Modelos de Gestión de Calidad

En el terreno de los servicios de salud clínica, existen dos modelos de gestión de la calidad, los cuales son: el modelo de certificación ISO 9000 y el modelo europeo de excelencia (EFQM). El modelo de certificación ISO 9000 está enfocado hacia la garantía de la calidad y toma las demandas del consumidor como punto de partida para el diseño y la elaboración del servicio. En salud pública, se habla de que un servicio sanitario debe ofrecer una satisfacción del usuario y se debe garantizar que el conocimiento científico se aplica de manera correcta. Este modelo se basa en un modelo de organización por procesos y se sustenta en la documentación de todas las actividades que realiza la organización para la elaboración de un servicio o un producto basándose en una estructura de cuatro requisitos, los cuales son: responsabilidad de la dirección, gestión de los recursos, realización del producto o servicio, y medida, análisis y mejora. El modelo europeo de excelencia o European Foundation for Quality Management (EFQM) se basa en el principio de que, si se realizan las cosas correctamente basándose en el principio de la calidad total, se obtienen resultados satisfactorios, tanto desde un punto de vista empresarial como social. De esta forma, basan su estructura en el siguiente principio: *“la satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, gestión del personal, recursos y procesos, que llevan finalmente a la excelencia en los resultados empresariales”* (23).

3. Acreditación

La Acreditación se define como una estrategia periódica, sistemática, reservada y que puede ser voluntaria , basada en normas de calidad que se han dispuesto previamente y que propician evaluar los servicios de salud, tiene como finalidad primordial implementar un sistema de mejora continua y el incremento de la calidad en cada prestación de salud que se entregue al usuario (24).

Gracias a la implementación de la calidad en la atención, la Acreditación a nivel internacional ha generado múltiples beneficios, tales como: (25-28)

- Reducción de la tasa de mortalidad y menor riesgo de mortalidad en hospitales acreditados.
- Promoción de la cultura y uso de herramientas de calidad.
- Genera un aumento del compromiso y comunicación del personal, formación de equipos multidisciplinarios, mejora del liderazgo y una mayor conciencia del personal sobre la mejora de la calidad.
- Mejora la gestión de accidentes cerebro vasculares y enfermedades cardiovasculares, ya que, se mejora la seguridad del paciente y la revisión clínica.

Según la normativa de Joint Commission International (JCI), define la acreditación como un proceso en el cual una entidad evalúa una organización sanitaria para determinar si cumple los requisitos, conocidos como estándares, diseñados para mejorar la seguridad y calidad de la atención (29).

Según la Superintendencia de Salud, la Acreditación se define como proceso periódico de evaluación, al cual se someten voluntariamente los prestadores institucionales que cuentan con su autorización sanitaria vigente, tales como hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios, respecto del cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud, ejecutado por Entidades Acreditadoras autorizadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras (30).

En la tabla 3, se presentan los prestadores institucionales de salud acreditados en el año 2021, clasificados según el nivel de complejidad (31).

Tabla 3: Prestadores institucionales acreditados en Chile

Prestador Institucional	Alta complejidad	Mediana complejidad	Baja complejidad	Total
Atención Abierta	27	54	112	193
Atención Cerrada	124	29	105	258
Atención Psiquiátrica Cerrada	1	3	2	6
Laboratorios Clínicos	36	10	-	46
Centros de Diálisis	-	194	-	194
Servicios de Imagenología	16	3	-	19
Servicios de Esterilización	-	-	2	2
Servicios de Radioterapia	-	-	-	0
Servicios de Quimioterapia	-	1	-	1
			Total	719

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 se muestra los prestadores institucionales acreditados en la región del Maule en el año 2021 (32).

Tabla 4: Prestadores institucionales acreditados según estándares.

Estándar	Complejidad	Prestador acreditado
Atención Abierta	Mediana complejidad	Integramédica Centros Médicos S.A. Talca
	Baja complejidad	Centro de Atención Salud CAS Linares Centro de Salud Familiar Cerro Alto Centro de Salud Familiar Villa Magisterio Centro Mutual de Seguridad C.CH.C. de Curicó
Atención Cerrada	Alta complejidad	Clínica Regional Lircay Hospital de Linares Hospital Regional de Talca Dr. César Garvagno Burotto Hospital San Juan de Dios de Curicó
	Mediana complejidad	Hospital de Constitución Hospital San José de Parral Hospital San Juan de Dios de Cauquenes
	Baja complejidad	Hospital de Curepto Hospital de Hualañe Hospital de Licantén Hospital de San Javier Dr. Abel Fuentealba Lagos Hospital Dr. Benjamín Pedreros de Chanco Hospital San Juan de Dios de Teno Hospital Santa Rosa de Molina

Laboratorios Clínicos	Alta complejidad	Laboratorio Clínico Alemán Laboratorio Clínico Cauquenes Laboratorio Clínico Mac Médica Laboratorio Ximena González Limitada
Centros de Diálisis	Mediana complejidad	Centro de Diálisis Curicó Centro de Hemodiálisis Independencia Limitada Diálisis Serhos Hemodiálisis Curicó Intermédica División Diálisis Intermédica División Diálisis Limitada sucursal Cauquenes Intermédica División Diálisis Limitada Sucursal San Clemente Intermédica División Diálisis Sucursal Longaví Nefrodial Linares Nefrodial Molina Nefrodial San Javier Nephrocare Sucursal Linares Nephrocare Sucursal Parral Nephrocare Sucursal Talca Renal Chile S.A. Servicios Médicos Medinefro
Servicios de Imagenología	Alta complejidad	Centro Radiológico San Martín Resonancia Nuclear Magnética Centromaule

Fuente: Elaboración propia

3.1. Modelo chileno de acreditación de la calidad en salud

El modelo de Gestión de la Calidad diseñado para la acreditación en salud chileno incorpora una lista de nueve criterios para evaluar y cada uno de ellos incorpora componentes, características y verificadores los cuales van a ser específicos para cada estándar. El proceso de acreditación de prestadores institucionales se sustenta en reglamentos y leyes publicadas desde el año 2005 en adelante por el Ministerio de Salud y que van a reglamentar, guiar y regular el proceso de acreditación de prestadores institucionales (20). El proceso de acreditación se sustenta en las siguientes leyes y reglamentos:

- Ley AUGE N° 19.966 la que define la garantía explícita de calidad
- Decreto Supremo N° 115, del 2007, del Ministerio de Salud “Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud” que regula los aspectos centrales de acreditación, establece los plazos del proceso y regula el ejercicio de las entidades acreditadoras.
- Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales

El modelo de acreditación se va a sustentar en tres ejes que son fundamentales (20).

1. La evaluación del cumplimiento de los criterios es realizada por Entidades Acreditadoras privadas, fiscalizadas por la Superintendencia de Salud.
2. La evaluación se realiza en base a un conjunto de estándares establecidos en dos instrumentos técnicos, los “manuales” y las “pautas de cotejo”. Existen manuales y pautas para cada tipo de prestador según tipo de atención: Atención cerrada, atención abierta, atención psiquiátrica cerrada, centros de diálisis, servicios de esterilización, servicios de imagenología, laboratorios clínicos, servicios de radioterapia, unidades de quimioterapia ambulatoria.

La unidad funcional para evaluar el cumplimiento del estándar es la “característica”, que puede ser “obligatoria” (CO) o “no obligatoria” (CNO). Cada manual establece cuales son consideradas características obligatorias y cuales son obligatorias; y dependiendo del grado de cumplimiento se determina si el prestador se acredita o no se acredita.

3. La acreditación se materializa a través de un certificado de garantía mediante una resolución, que otorga la Subsecretaría de Salud. La tabla 5 especifica las reglas de decisión para considerará que un prestador institucional se considere acreditado (33).

Tabla 5 : Reglas de decisión proceso de acreditación

Estándar	Proceso	Para acreditar	Para acreditar con observaciones
Atención Cerrada de alta o mediana complejidad	1°	100 % de CO y \geq 50 % de CT aplicables	\geq 50 % de CT aplicables y un máximo de 3 CO incumplidas
	2°	100 % de CO y \geq 70 % de CT aplicables	\geq 70 % de CT aplicables y un máximo de 3 CO incumplidas
	3°	100 % de CO y \geq 95 % de CT aplicables	\geq 85 % de CT aplicables y un máximo de 3 CO incumplidas
Atención Cerrada de baja complejidad	1°	100 % de CO y \geq 50 % de CT aplicables	\geq 50 % de CT aplicables y un máximo de 2 CO incumplidas
Atención Abierta			
Atención Psiquiátrica Cerrada			
Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas	2°	100 % de CO y \geq 70 % de CT aplicables	\geq 70 % de CT aplicables y un máximo de 2 CO incumplidas
	3°	100 % de CO y \geq 95 % de CT aplicables	\geq 85 % de CT aplicables y un máximo de 2 CO incumplidas

Centros de Diálisis	1°	100 % de CO y \geq 70 % de CT aplicables	\geq 65 % de CT aplicables y un máximo de 2 CO incumplidas
Servicios de Esterilización			
Servicios de imagenología	2°	100 % de CO y \geq 80 % de CT aplicables	\geq 75 % de CT aplicables y un máximo de 2 CO incumplidas
Laboratorios Clínicos			
Unidades de Quimioterapia Ambulatoria	3°	100 % de CO y \geq 90 % de CT aplicables	\geq 80 % de CT aplicables y un máximo de 2 CO incumplidas
Servicios de Radioterapia			

Observaciones: CT: Características totales. CO: Características obligatorias. *: El “proceso 1” es la primera vez que un centro de salud se acredita. Sucesivamente el centro debe re-acreditar cada tres años. Del 4° proceso en adelante, se siguen los criterios del 3° proceso. Fuente: Elaboración propia.

3.1.1. Proceso de acreditación para prestadores institucionales de salud

Se entiende por Acreditación como el *“proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de estándares mínimos establecidos por el Ministerio de Salud, por parte de los prestadores institucionales autorizados por la autoridad sanitaria para funcionar”* (34). El proceso de acreditación tiene como objetivo evaluar el cumplimiento de los estándares que se fijan con el fin de que las prestaciones que se entreguen sean de calidad para resguardar la seguridad de los pacientes.

En cuanto a los estándares de calidad, se señala que el Ministerio de Salud fija los estándares mínimos que se deben cumplir según el tipo de establecimiento y el nivel de complejidad de las prestaciones con el objetivo de alcanzar la calidad. Estos estándares involucran materias que inciden en la seguridad de las prestaciones de salud, por lo que se establecieron estándares generales para los distintos establecimientos y estándares específicos se aplican en determinadas prestaciones o grupos de prestaciones. Los estándares generales indicarán qué nivel de cumplimiento de estos permite conceder acreditación al prestador y cual grado de observancia permite otorgar a éste acreditación condicionada a que se subsanen las observaciones formuladas (34).

La acreditación para una determinada prestación de salud se obtiene cuando se aprueba el cumplimiento tanto del estándar general como de los estándares particulares. Los prestadores

instituciones de salud pueden solicitar su reacreditación cada tres años y la vigencia de esa acreditación se mantiene hasta el término del proceso que se solicitó (34).

En cuanto a las entidades acreditadoras, se señala que el proceso de acreditación se realiza a partir de personas jurídicas constituidas legalmente y autorizadas por la Intendencia de Prestadores, las cuales, deben tener como director técnico a un profesional universitario del área de Salud con formación en salud pública o en gestión y administración de servicios clínicos de salud, o experiencia de, al menos, tres años en estas áreas y tendrán como función dirigir el trabajo de los evaluadores, los cuales no deben ser inferiores a ocho y deben tener formación universitaria en calidad en salud y capacitación acerca del sistema de acreditación. Debe contar con la infraestructura adecuada y los recursos humanos suficientes para desempeñar las funciones (34).

Una entidad acreditadora se define como una entidad que ha sido autorizada por la Intendencia de Prestadores de Salud, para realizar los procesos de acreditación de los prestadores Institucionales de acuerdo a los diferentes Estándares de Acreditación de salud vigentes (35).

Todo prestador institucional que desee acreditarse se requiere que pase por dos etapas fundamentales:

1. Etapa de Planificación e Implementación de la Calidad: En esta etapa se establece el Plan de Calidad Institucional que tiene como objetivo la mejora continua en la seguridad y calidad de la atención del paciente. Se debe establecer un liderazgo y una organización para que desarrolle e implemente dicho plan y en el que deben analizar el Estándar de Acreditación por el cual aspiran acreditarse a partir de las prestaciones que entreguen. Teniendo en cuenta esto, se debe capacitar a los profesionales en las áreas de calidad y seguridad del paciente y se deben definir responsabilidades en relación con los distintos ámbitos contenidos en el manual. Para cumplir con los estándares que se exigen en el manual, se debe realizar la elaboración de documentos y protocolización de procedimientos y se deben elaborar e identificar indicadores para

realizar las mediciones que se exigen en el manual. Se debe realizar una evaluación retrospectiva requerida y realizar el ejercicio de autoevaluación y completar el informe que se solicita para hacer la solicitud de acreditación. Cada proceso mencionado anteriormente es importante para la preparación antes de iniciar el proceso de acreditación, posteriormente a esto, debe ingresar su solicitud de acreditación.(36)

2. Etapa del Proceso de Acreditación: en la cual se incluyen tres etapas fundamentales:
 - A) Solicitud de acreditación la que se realiza a través del portal web de la Superintendencia de Salud por medio del Sistema Informático de Acreditación de Prestadores de Salud (SIA) y de manera física por medio de documentación física firmada. Al ingresar la solicitud, se realiza una evaluación jurídica en donde se hace una verificación de aspectos legales y una evaluación técnica que involucra la verificación de antecedentes, los cuales deben ser consistentes e idóneos para la realización del proceso de acreditación. Finalmente se decide si la solicitud es aceptada o es rechazada (36).
 - B) Evaluación en el terreno: una vez aceptada la solicitud, el Sistema Informático cambia del estado de “Designación aceptada” a “Planificada” y se establece la fecha de inicio de evaluación, además, la entidad acreditadora debe enviar el cronograma de visita según la norma Circular IP N° 37 de 2017. En esta etapa la entidad debe realizar la evaluación en terreno con un plazo de 30 días para elaborar el informe de acreditación, a partir de la contrastación de los hallazgos encontrados con los elementos medibles establecidos en las Pauta de Cotejo del Manual que se aplica al prestador. Si existen dudas, aclaración o requerimiento en relación con los criterios de evaluación, se deben formular al Sistema de Consultas Técnicas sobre los Procesos de Acreditación. (36).
 - C) Resolución del proceso: en esta etapa la entidad acreditadora entrega a la Unidad de Fiscalización en Calidad el informe de acreditación respectivo al prestador de salud, la cual va a evaluar la congruencia de lo que se informa la entidad acreditadora y su fundamentación de los resultados presentados. Una vez evaluado el informe, se informa a la entidad acreditadora que ingrese al Sistema

informático un resumen del cumplimiento de las características y el informe de acreditación. Para terminar, el prestador debe hacer el pago de la segunda cuota del arancel a la entidad acreditadora, de esta forma, el prestador tiene acceso al informe de acreditación en un plazo de 5 días hábiles (36).

El proceso de acreditación conlleva una serie de pasos que se detallan a continuación (34):

1. El representante legal del prestador institucional interesado en ser acreditado debe presentar una solicitud a la Intendencia de Prestadores en los formularios físicos o electrónicos que se establezcan, señalando las prestaciones o grupos de prestaciones que someterá al procedimiento. Además, debe presentar con autorización sanitaria vigente, un informe previo de autoevaluación y el domicilio.

El informe de autoevaluación es uno de los requisitos para solicitar a la Superintendencia de Salud la Acreditación, estableciéndose determinados formatos de autoevaluación para los estándares generales de acreditación los que son aprobados por la Circular IP N°9 del 03/09/2010. El proceso de autoevaluación deberá haber sido ejecutado y concluido dentro de los doce meses previos a la solicitud de acreditación (37).

El informe de autoevaluación debe contener (38):

1. Identificación del establecimiento de salud, ubicación y dirección, la o las autoridades sanitarias que posea y la identificación del propietario y su Director Técnico.
2. Identificación del Estándar de Acreditación aplicado en la autoevaluación.
3. Identificación del equipo de profesionales que preparó y dirigió el proceso de autoevaluación.
4. Identificación de la entidad y a los profesionales ejecutores de la asesoría, en el caso de que el prestador institucional requiriera para el proceso de autoevaluación.
5. Fecha de inicio y termino del proceso de autoevaluación.
6. Descripción de la forma de organización para la ejecución de la autoevaluación.

7. Descripción de la secuencia de acciones ejecutadas para la evaluación de los ámbitos y componentes aplicables al establecimiento.
8. Fecha del informe y firma del propietario del establecimiento o de su representante legal.

Se debe considerar en el proceso de autoevaluación el Ordinario Circular N°2 correspondiente a las “Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno” que establece como se debiese revisar documentos o instrumentos, entrevistas al personal o a los usuarios, el tamaño mínimo de una muestra evaluada, etc., siempre y cuando se requiera en una autoevaluación. Esta circular está orientada a destinar el trabajo de verificación o constatación en terreno durante el proceso de acreditación (39).

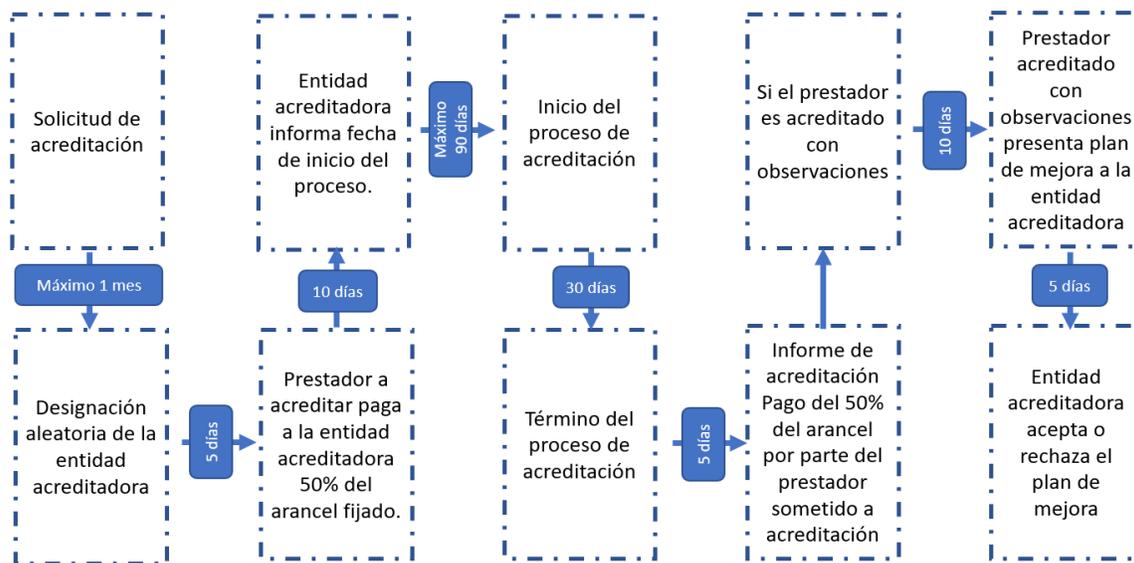
2. Una vez que se analizan los documentos presentados cumplen con la normativa, se declara una resolución que señala los estándares que deberán evaluarse, el valor de esta actuación de acuerdo con el arancel y la fecha del procedimiento de designación de entidad acreditadora para ese prestador y ordenará su incorporación al proceso de designación aleatoria de entidad acreditadora. La designación de la entidad acreditadora la realiza la Intendencia de Prestadores por medio de un sorteo en el cual se incluirá todas las entidades acreditadoras contenidas en el registro de la intendencia. Las entidades acreditadoras pueden aceptar o rechazar en un plazo de 5 días y si acepta, el prestador debe pagar la mitad del arancel fijado en un plazo máximo de 10 días. La entidad acreditadora debe informar al prestador y la Intendencia el día en que se da inicio al proceso de evaluación.
3. La entidad acreditadora debe enviar un correo con el cronograma de la visita 20 días hábiles antes de la fecha establecida para el inicio de las evaluaciones en terreno. La Circular IP N°37 de 2017 señala lo que se debe incluir en el cronograma de visita los siguientes aspectos: estándar a evaluar, del tipo de prestador que se trate y de su estructura organizacional, tamaño, complejidad, cartera de prestaciones, puntos de verificación, servicios y unidades, componentes y características del estándar

aplicables, y demás circunstancias atinentes. Se debe establecer un número días para realizar la evaluación y el número de evaluadores (40).

4. Durante el proceso de evaluación, la entidad acreditadora compara y evalúa las condiciones del prestador con los estándares aplicables para determinar si los cumple. El plazo de evaluación y emisión del informe final no debe exceder los 30 días hábiles, por lo tanto, si durante el proceso de evaluación la institución no cumple los requisitos y condiciones que establece el estándar, la institución no será acreditada.
5. La entidad acreditadora conforma un expediente individual para cada procedimiento de acreditación que se lleve a cabo, en el cual se pueden incluir antecedentes y registros de los hallazgos y constataciones efectuadas, con el objetivo de fundamentar las evaluaciones y decisiones que se adopten en el informe final.
6. La entidad acreditadora debe evitar situaciones de conflicto de intereses con los prestadores institucionales para impedir la debida objetividad, por lo tanto, cuando estime encontrarse en esta situación debe rechazar la designación como evaluadora comunicándolo a la Intendencia y si se tratase de un evaluador, se debe excluir del proceso.
7. El prestador evaluado tiene la obligación de entregar las facilidades, información y datos que la entidad requiere para llevar a cabo de manera debida y oportuna el proceso de acreditación. La entidad acreditadora efectuará una reunión en donde se presentarán los hallazgos encontrados en el proceso de evaluación y será la instancia en donde el prestador evaluado podrá precisar o aclarar dudas antes de finalizar la fase de recabar información en terreno.
8. La entidad acreditadora informa la fecha que se ha finalizado el proceso de evaluación al prestador y le enviará un informe a la Intendencia. El informe contempla:
 - Fecha del informe.
 - Los estándares evaluados.

- Descripción del procedimiento realizado y su duración.
 - Profesionales que lo llevaron a cabo, indicando su nombre completo y título profesional.
 - Una relación ordenada, lógica y pormenorizada de todos los hallazgos efectuados, así como de los criterios objetivos, científica y comúnmente aceptados, que hayan fundamentado sus decisiones relativas al cumplimiento, o no, de cada una de las características evaluadas.
 - Una relación ordenada, lógica y pormenorizada sobre la forma en que se dio cumplimiento a las reglas de decisión establecidas para cada uno de los estándares evaluados.
 - La declaración sobre si el prestador institucional ha resultado acreditado no.
9. La Intendencia de Prestadores o el Instituto de Salud Pública corroboran que se han dado cumplimientos a las exigencias de los contenidos de los informes de acreditación, por lo que se declara en una resolución fundada y ordena a los representantes del prestador evaluado el pago de la segunda cuota de los aranceles dentro del plazo de cinco días hábiles.
10. En el caso en que el prestador evaluado se encontrare en situación de ser acreditado por observaciones respecto a un estándar, la entidad acreditadora informa esta situación en el informe y solicitará al prestador que presente, en el plazo máximo de diez días, un plan de corrección de las deficiencias señaladas en el informe con un cronograma de su cumplimiento en un lapso no superior a seis meses. En el que caso de que no se cumpliera con lo estipulado, el prestador institucional no será acreditado.

En la figura 4 se presenta el cronograma del proceso de acreditación según la Normativa Chilena.



J. Torres 2021

Figura 3: Cronograma del proceso de acreditación. La figura muestra los pasos que se llevan a cabo en el proceso de acreditación, los cuadros establecen los plazos para cada paso.

En cuanto a los aranceles, existe una clasificación de los prestadores institucionales para los determinados pagos de aranceles. Se considera prestador institucional de atención cerrada a aquel que cuente con autorización sanitaria otorgada en conformidad a la normativa aplicable a los hospitales y clínicas, todos los demás se entenderán ser de atención abierta. Estos a su vez se clasifican según su infraestructura en las siguientes categorías: (34)

- a) De Alta Complejidad cuando tengan una unidad destinada a la atención de pacientes críticos.
- b) De Mediana Complejidad cuando cuentan con pabellón de intervención quirúrgica para la práctica de cirugías generales que no requieran la participación de subespecialidades quirúrgicas y no presentan una unidad destinada a la atención de pacientes críticos.
- c) De Baja Complejidad si no se incluyen en alguna de las categorías anteriores.

Por otro lado, los prestadores de atención abierta pueden clasificarse en prestadores de: (34)

- a) De Alta Complejidad cuando efectúen cirugías ambulatorias tales como colecistectomías, cirugías ginecológicas por vía laparoscópica, artroscopias,

mastectomías parciales, acceso vascular complejo y demás de semejante nivel de riesgo sanitario.

- b) De Mediana Complejidad cuando realizan procedimientos invasivos de tipo diagnóstico o terapéutico que pudieren requerir sedación moderada a profunda y no realizan las cirugías ambulatorias descritas anteriormente.
- c) De Baja Complejidad, si no se incluyen en alguna de las categorías anteriores.

La tabla 6 presenta el arancel que se aplica a los procesos de acreditación de los establecimientos institucionales de salud según el estándar de evaluación y el nivel de complejidad (34).

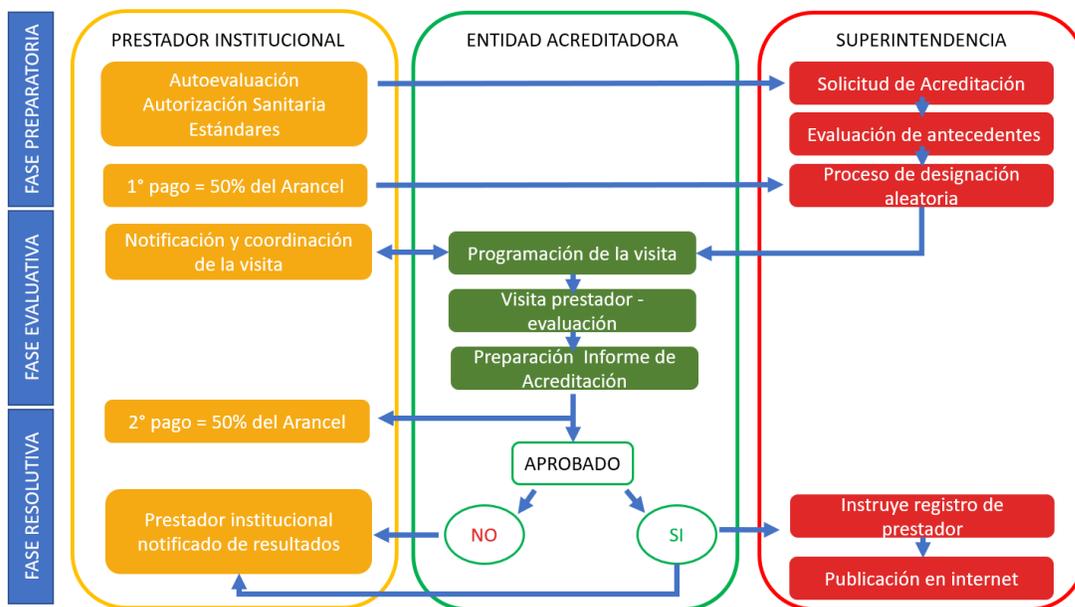
Tabla 6: Aranceles que se aplican a prestadores institucionales para el proceso de acreditación

Estándares generales	Tipo	Arancel
Atención Cerrada	De alta complejidad	300 UTM
	De mediana complejidad	200 UTM
	De baja complejidad	150 UTM
Atención Abierta	De alta complejidad	180 UTM
	De mediana complejidad	160 UTM
	De baja complejidad	140 UTM.
Estándares específicos	Arancel	
Atención Cerrada	20 UTM por cada seis estándares o fracción inferior a ese número	
Atención Abierta	10 UTM por cada seis estándares o fracción inferior a ese número	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los registros públicos de prestadores acreditados y de entidades acreditadoras autorizadas, la Intendencia de Prestadores llevará un registro público e informático con las entidades acreditadoras con la autorización vigente y el Instituto de Salud Pública proporcionará la información de las entidades acreditadoras que fiscaliza. La información se encuentra disponible en la página web de la Superintendencia (34).

En la figura 5 se presenta el proceso de acreditación según la Normativa Chilena.



J. Torres 2021

Figura 4: Proceso de acreditación según normativa chilena. La figura muestra los pasos que se realizan durante el proceso de acreditación basada en el Reglamento del Sistema de Acreditación para los prestadores institucionales de Salud.

3.1.2. Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales

Durante el proceso de acreditación, se evalúan los estándares que se establecen en los Manuales de Acreditación para Prestadores Institucionales los que se van a agrupar en 9 ámbitos, estos a su vez se dividen en componentes y estos en características. Las características se evalúan durante el proceso de evaluación a partir de los elementos medibles establecidos en la pauta de cotejos. El Manual del Estándar General de Acreditación se estructura en nueve ámbitos, los que se señalan a continuación:

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

8. Seguridad de las Instalaciones

9. Servicios de Apoyo

A continuación, la tabla 7 especifica los ámbitos y componentes que se evalúan durante el proceso de acreditación de prestadores institucionales (17) (41-49).

Tabla 7: Ámbitos y componentes evaluados durante el proceso de acreditación

Ámbito 1	Descripción
Respeto a la Dignidad del Paciente (DP)	El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.
Componentes (DP)	
<p>DP-1: El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.</p> <p>DP-2: Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución.</p> <p>DP-3: Respeto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.</p> <p>DP-4: El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.</p> <p>DP-5: El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.</p>	
Ámbito 2	Descripción
Gestión de la Calidad (CAL)	El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes.
Componentes (CAL)	
<p>CAL-1: El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejoría continua de la calidad.</p>	
Ámbito 3	Descripción
Gestión Clínica (GCL)	El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.
Componentes (GCL)	
<p>GCL-1: El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.</p> <p>GCL-2: El prestador institucional cuenta con programas para vigilar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los pacientes.</p> <p>GCL-3: El prestador institucional aplica medidas de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias (IIH) de acuerdo con las orientaciones técnicas vigentes del MINSAL.</p>	
Ámbito 4	Descripción
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)	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.
Componentes (AOC)	

AOC-1: La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los pacientes.	
AOC-2: El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.	
Ámbito 5	Descripción
Competencias del Recurso Humano (RH)	La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.
Componentes (RH)	
RH-1: Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.	
RH-2: El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa a la institución adquiera conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales, con énfasis en materias que afectan la seguridad de los pacientes. Se aplican temas de inducción relacionados con la seguridad del paciente	
RH-3: El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.	
RH-4: El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.	
Ámbito 6	Descripción
Registros (REG)	El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.
Componente (REG)	
REG-1: El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.	
Ámbito 7	Descripción
Seguridad del Equipamiento (EQ)	El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.
Componentes (EG)	
EQ-1: Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de éstos.	
EQ-2: Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo.	
EQ-3: Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes son utilizados por personas autorizadas para su operación.	
Ámbito 8	Descripción
Seguridad de las Instalaciones (INS)	Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.
Componentes (INS)	
INS-1: El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones. Riesgo de incendio y se realizan acciones de mitigación.	
INS-2: El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permiten la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.	
INS-3: Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de plan de contingencia por interrupción de servicios básicos.	
Ámbito 9	Descripción
Servicios de Apoyo (AP)	El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.
Componentes (AP)	

APL Laboratorio Clínico: Los exámenes de Laboratorio Clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes. El laboratorio debe cumplir altos estándares de seguridad.

APF Farmacia: El prestador institucional asegura que los servicios y los productos entregados por Farmacia sean de la calidad requerida para la seguridad de los pacientes.

APE Esterilización: Los procesos de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.

APT Transporte de Pacientes: El transporte de pacientes se efectúa en condiciones que garantizan su seguridad.

APD Diálisis: Los procedimientos de Diálisis se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes

APR Radioterapia: Los procedimientos de Radioterapia se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.

APA Anatomía Patológica: Los servicios de Anatomía Patológica aportan resultados confiables y oportunos.

APQ Quimioterapia: El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de Quimioterapia.

API Imagenología: Los procedimientos de Imagenología se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.

APK Kinesioterapia y Rehabilitación Kinésica: El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de Kinesioterapia y Rehabilitación Kinésica.

APT_r Medicina Transfusional: El prestador institucional provee condiciones que garantizan la calidad de los componentes sanguíneos.

APDs Atención de Donantes: El prestador institucional provee condiciones de seguridad en el proceso de donación de sangre.

APCs Centro de Sangre: El prestador institucional provee condiciones para la entrega de productos seguros y efectivos.

Fuente: Elaboración propia

La tabla 8 señala cada uno de los componentes que se evalúan durante el proceso de acreditación específico para cada prestador institucional y la tabla 9 señala el número de elementos medibles evaluados en las pautas de cotejos usadas en el proceso de acreditación. (42, 43, 46, 47, 49-54).

Tabla 8: Componentes que se evalúan durante el proceso de acreditación.

Prestador institucional		Atención abierta		Atención cerrada		Laboratorios clínicos		Servicio de psiquiatría		Servicio de imagenología		Servicio de radioterapia		Centro de diálisis		Centros de rehabilitación		Unidades de quimioterapia		Servicios de esterilización	
Ámbito	Componente	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica	Aplica	No aplica
Respeto a la Dignidad del Paciente (DP)	DP-1	X		X		X		X		X		X		X		X		X			X
	DP-2	X		X			X	X*		X		X			X	X		X			X
	DP-3	X		X		X		X		X		X		X		X		X			X
	DP-4	X		X		X		X			X	X			X	X		X			X
	DP-5	X		X			X	X			X	X		X		X		X			X
Gestión de la Calidad (CAL)	CAL- 1	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Gestión Clínica (GCL)	GCL- 1	X		X		X		X		X		X		X		X		X			X
	GCL- 2	X		X			X	X		X		X		X		X		X			X
	GCL- 3	X		X			X	X			X		X	X***			X	X			X
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)	AOC -1	X		X		X		X		X		X		X		X		X			X
	AOC-2	X		X			X	X		X		X		X		X		X			X
Competencias del Recurso Humano (RH)	RH-1	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
	RH-2	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
	RH-3	X		X		X		X		X		X		X		X****		X		X	
	RH-4	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Registros (REG)	REG-1	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Seguridad del Equipamiento (EQ)	EQ-1	X		X		X		X		X		X		X				X		X	
	EQ-2	X		X		X		X		X		X		X				X			X
	EQ-3	X		X			X	X		X		X			X			X		X	
Seguridad de las Instalaciones (INS)	INS-1	X		X		X		X		X		X		X		X		X			X
	INS-2	X		X		X		X		X		X		X		X		X			X
	INS-3	X		X		X		X		X**		X**		X		X		X			X

Servicios de Apoyo (AP)	APL	X		X		X		X			X		X	X		X		X			X
	APF	X		X			X	X			X		X		X	X		X			X
	APE	X		X			X	X		X			X	X			X	X			X
	APT	X		X			X	X			X	X		X			X	X			X
	APD	X		X			X		X		X		X		X		X		X		X
	APR	X		X			X		X		X		X		X		X		X		
	APA	X		X			X		X	X			X		X		X		X		X
	APQ		X	X			X		X		X		X		X		X		X		X
	API		X	X			X	X			X	X			X		X		X		X
	APK		X	X			X		X		X		X	X			X		X		X
	APTr		X	X			X		X		X		X		X		X	X			X
	APDs		X	X			X		X		X		X		X		X		X		
	APCs		X	X			X		X		X		X		X		X		X		

Observaciones: Los siguientes comentarios establecen cambios en el contenido de los componentes respecto a los presentados en la tabla 7.

- X*: Componente DP-2: Los pacientes, o sus tutores o familiares, son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución.
- X**: Componente INS-3: Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo. Se eliminan aspecto.
- X***: Componente GCL-3: El prestador institucional aplica medidas de vigilancia, prevención y control de infecciones en hemodiálisis.
- X****: Componente RH-3 El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal.

Elaboración propia

Tabla 9: Número de elementos medibles evaluados en las pautas de cotejos usadas en el proceso de acreditación.

Ámbito	Atención Cerrada	Atención abierta	Servicio de rehabilitación	Unidad de quimioterapia	Servicios de radioterapia	Atención psiquiátrica	Laboratorios clínicos	Centro de diálisis	Servicio de esterilización	Servicio de imagenología
Dignidad del paciente (DP)	74	66	24	22	15	55	15	13	-	13
Gestión de la calidad (CAL)	44	4	4	4	4	12	4	4	4	4
Gestión clínica (GCL)	282	124	49	53	27	110	52	34	7	30
Acceso, oportunidad y continuidad de la atención (AOC)	65	29	11	4	8	23	30	5	-	16
Competencias del recurso humano (RH)	114	94	19	27	19	41	33	20	17	22
Registros (REG)	69	40	10	18	11	26	4	8	4	7
Seguridad del equipamiento (EQ)	10	10	-	8	5	8	4	7	3	8
Seguridad de las instalaciones (INS)	54	45	19	18	13	30	25	17	-	16
Servicios de apoyo										
Laboratorio clínico (APL)	40	32	2	1	-	32	1	1	-	-
Unidad de farmacia (APF)	71	26	5	7	-	36	-	-	-	-
Servicio de esterilización (APE)	53	19	-	4	-	26	-	1	-	3
Unidad de transporte de pacientes o servicio de movilización (APT)	3	3	-	1	1	3	-	11	-	-
Unidad de diálisis (APD)	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Servicio de radioterapia (APR)	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Servicio de anatomía patológica (APA)	9	9	-	-	-	-	-	-	-	1
Unidad de quimioterapia (APQ)	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-

Servicio de imagenología (API)	16	13	-	-	1	1	-	-	-	-
Servicio de kinesioterapia (APK)	17	11	-	-	-	-	-	-	-	-
Unidad de medicina transfusional (APTf)	8	8	-	1	-	-	-	1	-	-
Unidad de donantes de sangre (APDs)	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro de sangre (APCs)	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia

3.2. Modelo de acreditación de la Joint Comisión Internacional (JCI)

3.2.1. Acreditación Joint Commission International

La Joint Commission International es una organización no gubernamental, independiente y sin fines de lucro encargada de la acreditación de instituciones de salud tales como hospitales, centros de atención ambulatoria, laboratorios de análisis clínicos, servicios de atención continua, organizaciones de transporte médico y servicios de atención primaria, además, es reconocida la acreditación y certificación que realiza como líder mundial en calidad de la atención y seguridad del paciente (55). En el 2007, JCI obtuvo la acreditación de la “Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQua)” la que garantiza que los estándares, la capacitación y los procesos utilizados por JCI en la evaluación del desempeño de las instituciones de salud cumplen con elevados parámetros internacionales asociados a la acreditación de entidades (56).

Según estadísticas, más de 1,000 organizaciones de atención médica en más de 70 países han sido acreditadas por la JCI logrando el “Sello de Oro de Aprobación” (50). En Chile existen dos centros que cuentan con la acreditación de JCI, siendo la Clínica Alemana de Santiago SA, que cuenta con la acreditación desde el 18 de abril de 2009; y la Clínica Las Condes que cuenta con la acreditación desde el 16 de noviembre de 2007 (57).

El programa de acreditación fue desarrollado por expertos internacionales y establece expectativas uniformes para estructuras, procesos y resultados para las organizaciones de atención médica. Cada nueva edición de estándares refleja el pensamiento más actual en prácticas y conceptos de seguridad del paciente para ayudar a las organizaciones acreditadas y no acreditadas descubrir sus riesgos de seguridad más urgentes y avanzar en sus objetivos de mejora continua de la calidad (58).

El proceso de desarrollo de estándares de la JCI es una colaboración entre la JCI, organizaciones acreditadas y expertos en calidad y seguridad basándose en los avances en la ciencia de la mejora de la calidad y la seguridad del paciente y de experiencias de mejora de la seguridad y calidad de la atención de hospitales (58).

La Joint Commission International puede acreditar a un grupo de organizaciones centradas en la atención médica, las que pueden ser: (58)

- Hospitales
- Centros médicos académicos
- Cuidado ambulatorio
- Cuidados en el hogar
- Laboratorios
- Cuidado a largo plazo
- Organizaciones de transporte médico
- Centros de atención primaria

Se han realizado variados estudios en los cuales se ha llegado a la conclusión de que la aplicación de estándares de JCI ha mejorado la atención en salud y una disminución de los riesgos causados; así mismo, ha mejorado la satisfacción usuaria y la percepción de una mejora en la salud. Un estudio realizado en enfermeras que trabajaban en la atención terciaria de Corea del Sur estudió el impacto percibido en la seguridad del paciente con relación a la evaluación de las actitudes de las enfermeras hacia la acreditación de Joint Commission International (JCI) observándose un impacto positivo de la seguridad del paciente y una actitud positiva hacia la acreditación (59).

Por otro lado, múltiples programas de mejoramiento de la calidad y seguridad de los pacientes se han basado en los estándares de JCI, en otro estudio se evaluó el desarrollo de un programa integral de enfermería para promover la provisión de atención de calidad y se estudió el impacto del programa en 20 estándares de calidad seleccionados de la Joint Commission Internacional (JCI) en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica en Guatemala, se utilizaron estándares de la JCI para enfocar la evaluación de enfermería y la implementación de mejoras. Se realizó una comparación del número de estándares de la JCI cumplidos antes y después de la implementación del programa de enfermería. Los resultados demostraron que en el 2006, solo 1 de los 20 estándares se cumplió en su totalidad, 2 parcialmente y 17 no se cumplieron y en el 2009, 16 se cumplieron en su totalidad, 1 parcialmente y 3 no se cumplieron (60).

Se realizó otro estudio de intervención destinado a reducir los errores en la administración de medicamentos en pacientes hospitalizados en el Hospital Afiliado de la Universidad de Zhejiang, Hangzhou durante el año 2011 y 2014 aplicándose estándares de acreditación de JCI. El estudio demostró una disminución de los errores de administración de medicamentos de 143 (primer semestre de 2012) a 64 (primer semestre de 2014) con una disminución de la tasa de ocurrencia de 60,9%. Por lo tanto, el estudio confirmó la eficacia del programa y se concluyó que la acreditación de la JCI ayuda a los sistemas de salud a mejorar la concientización y la capacidad para prevenir los errores en la administración de medicamentos y lograr mejoras de calidad exitosas (61).

3.2.2. Proceso de acreditación de JCI

El proceso de acreditación de la JCI está basado en una serie de etapas que se deben cumplir a cabalidad basándose en la evaluación del cumplimiento con los estándares internacionales de la JCI para hospitales y se espera que los hospitales sean capaces de demostrar el cumplimiento continuo con las ediciones vigentes de los estándares, los cuales se actualizan cada 3 años (62).

Para obtener la acreditación de JCI, la institución debe pasar por un proceso que involucra participación y un continuo proceso de aprendizaje e implementación de políticas y procedimientos con el fin de cumplir con los estándares que se establecen. En la tabla 10 se mencionan las diferentes etapas de proceso(63):

Tabla 10: Etapas del proceso de acreditación según JCI

Etapa	Descripción
Etapa 1: Aprendizaje	Es la primera etapa para iniciar el proceso de acreditación la que permite que las instituciones puedan conocer los estándares y los requisitos del proceso de acreditación de JCI según el tipo de prestador institucional. La institución tiene el acceso de obtener cualquier información a partir de la comunicación continua con JCI, reconocer los beneficios que trae la acreditación y cómo funciona el proceso. Para eso, se aconseja que exista una educación al personal a partir de la familiarización con las políticas de acreditación de JCI y procedimientos a través de la revisión de manuales de acreditación, encuesta de acreditación y guía de procesos que tiene JCI.
Etapa 2: Preparación	En esta etapa, la institución sanitaria se prepara para la encuesta o evaluación que realiza JCI por un periodo de 12 -36 meses. La institución debe formar un equipo de acreditación que tiene la misión de incorporar y mantener los procesos de mejora continua y el seguimiento de las acciones correctivas, deben estar distribuidos en las áreas que se evalúan y deben estar capacitados con los estándares del Manual de Acreditación. La institución debe realizar un inventario, una evaluación de sus políticas y procedimientos para que puedan cumplir con los estándares de JCI y se debe comparar el alcance de servicios y prácticas para identificar aquellos que no se estén cumpliendo con los de JCI. Cuando no se cumple se debe elaborar un plan de acción para poder cumplir con los estándares de acreditación.
Etapa 3: Actuar	En esta etapa se programa la evaluación y un equipo de médicos, enfermeros, profesionales de atención médica y expertos de JCI realizan la visita de la organización, ya sea, en el sitio o de forma telemática para evaluar más de mil elementos medibles por medio de entrevistas con el personal, los pacientes y la organización, se realizan inspecciones y revisiones de los registros.
Etapa 4: Sostener	Una vez realizado el proceso de acreditación, es fundamental mejorar continuamente calidad de las atenciones de salud de la organización, por lo tanto, es necesario de la institución perfeccione los procesos e implemente mejoras. Joint Commission International aconseja: <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con el seguimiento de los indicadores claves de rendimiento 2. Supervisión del cumplimiento de los estándares 3. Mejorar las mediciones 4. Brindar oportunidades de educación continua para todo su personal 5. Mantenerse actualizado con el ultimo manual de estándares, la guía de proceso de encuestas y los nuevos estándares con Accreditation Update Online. 6. Preparar a los nuevos profesionales que ingresan a la institución en materia de acreditación.

Fuente: Elaboración propia

Para la programación de la acreditación, cada hospital debe seguir un proceso de programación el cuál se detalla a continuación (62, 64)

- 12 a 24 meses antes de la evaluación los hospitales se consiguen los estándares de la JCI y comienza la educación en los estándares y la implementación de expectativas.
- 6 a 9 meses antes de la evaluación se evalúa la disposición; los nuevos solicitantes iniciales completan el proceso de registro inicial (IRP). Una vez aprobado, se completa y presenta la solicitud electrónica (E-App) para la evaluación, estando disponible en la plataforma JCI Direct Connect, considerado como el portal oficial para la acreditación y certificación de JCI (65). Los hospitales que están acreditados deben actualizar su perfil electrónico, revisar la E-App y presentan esta información para la evaluación trienal y programación la fechas.
- 4 a 6 meses antes de la evaluación se recibe, completa y firma el contrato de evaluación de la JCI.
- 2 meses antes de la evaluación, el jefe del equipo de evaluaciones de la JCI se pone en comunicación con el hospital para determinar la logística y el programa de evaluación.
- Se realiza la evaluación en el sitio.
- En un plazo de 15 días después de la evaluación, se recibe la decisión de acreditación y el Informe oficial de la JCI sobre hallazgos para la acreditación.
- 6 a 9 meses antes de la fecha de la evaluación trienal se actualiza y se envía la E-App para la evaluación y se programa las fechas evaluación.

Un hospital comienza el proceso de acreditación al completar una solicitud de evaluación o E-App la que proporciona información detallada y además, se debe crear un perfil del hospital necesario para que la JCI gestione proceso de acreditación, desarrolle un contrato para la evaluación y planifique el programa de evaluación y el proceso de evaluación en el sitio (62).

Existen diversos tipos de evaluación que se detallan a continuación:

- a) Evaluación completa: conlleva a la evaluación de todos los estándares hospitalarios en toda la organización, que puede ser una evaluación inicial que corresponde a la

primera evaluación completa del hospital; una evaluación trienal realizada en hospitales después de un ciclo de acreditación de 3 años o una evaluación de validación realizada por JCI en organizaciones voluntarias como parte de los procesos internos de JCI para la supervisión de la mejora de la calidad.

- a) Evaluación focalizada: son evaluaciones en el lugar con limitaciones de alcance, contenido y duración diseñadas para recabar información sobre asuntos específicos, estándares o elementos medibles.

El proceso de evaluación está diseñado para evaluar el cumplimiento de un hospital con los estándares de JCI basándose en (62):

1. Entrevistas con el personal y los pacientes.
2. Observaciones en el lugar de los procesos de atención a los pacientes.
3. Revisión de las políticas, los procedimientos, las guías de prácticas clínicas, los expedientes de los pacientes, los expedientes del personal, los informes de cumplimiento de los requisitos gubernamentales o de regulación y otros documentos solicitados al hospital.
4. Revisión de la información de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, las mediciones de desempeño y los resultados.
5. Realización de trazadores de pacientes individuales, es decir, evaluación de la experiencia de atención del paciente a través del proceso de atención del hospital.
6. Realización de trazadores focalizados de los sistemas o procesos de toda la organización.

Para dar inicio al proceso de evaluación se hace una programación de la evaluación en donde la JCI y el hospital preparan juntos la agenda de la evaluación para que se desarrolle de una forma eficiente. La JCI asigna un representante de servicio al cliente como contacto principal entre el hospital y JCI, el cual tiene la misión de trabajar con el líder del equipo de evaluación para coordinar con el hospital la logística para la evaluación en el lugar y preparar una agenda de evaluación basada en el tamaño, el tipo y la complejidad del hospital. La evaluación está a cargo de evaluadores internacionales altamente calificados que tienen dominio del idioma

del país y este equipo de evaluadores está formado por un médico, una enfermera y el administrador del hospital (64).

La evaluación se aplica para todos los edificios y entornos para la atención de pacientes y todas las unidades para pacientes identificadas en la información de la E-App del hospital. Además, se aplican todos los estándares.

3.2.3. Metodología de evaluación, informe de la evaluación, costos de acreditación y reglas de decisión

En la metodología de trazadores, los evaluadores seleccionan a los pacientes representativos de la población de pacientes del hospital y trazan la experiencia de atención de cada paciente a través del hospital y también trazan varios sistemas y procesos clínicos y administrativos clave. Este ejercicio permite a los evaluadores identificar los problemas evidentes de cumplimiento de los estándares (62).

Los evaluadores entrevistan a los miembros del personal, individualmente y en grupos, observan la atención de los pacientes, hablan con los pacientes y sus familias, revisan la historia clínica de los pacientes, revisan los expedientes del personal, las políticas, los procedimientos, y otros documentos. Los evaluadores sostienen una reunión con el director ejecutivo de la organización y con otros líderes en una conferencia de liderazgo, al final de cada evaluación. Durante esta conferencia, los evaluadores proporcionan información sobre sus hallazgos(62).

Al finalizar el proceso de evaluación, el equipo de evaluación deja un borrador del informe de cumplimiento de los estándares e informa sobre los hallazgos al personal del hospital en la conferencia de cierre. Además, informarán al hospital sobre los hallazgos que indiquen la necesidad de una evaluación de seguimiento en un plazo de 120 días para todos los elementos medibles que caen en la categoría de “no cumple” o “cumple parcialmente” (62). El informe oficial de los hallazgos encontrados en la evaluación se publica después de 10 días del término de la evaluación (64).

Para la decisión de acreditación, JCI se basa en evaluar si el hospital cumple o no cumple las reglas de decisión de acreditación estipuladas por la JCI. Finalmente se determina si la organización cumple o no cumple con los criterios de acreditación. Si la organización no cumple se considera una denegación de la acreditación (64).

La tarifa de evaluación se basa en factores como el volumen, le tipo y la complejidad de los servicios que presta el hospital, la cantidad de centros de atención y la cantidad de evaluadores y días que se requieren para la evaluación de los estándares, además se incluyen los gastos realizados por el viaje de los evaluadores incluyéndose el transporte y los gastos de alojamiento y alimentación (64).

3.2.4. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International

A continuación, se presentan una serie de estándares centrados en el paciente divididos en diversas áreas que se evalúan en los hospitales que se someten al proceso de acreditación. Estos estándares se dividen en dos secciones, agrupando estándares asociado al paciente y estándares centrados en la organización sanitaria (66).

Sección I: Estándares centrados en el paciente

- Objetivos internacionales para la seguridad del paciente (IPSG)
- Acceso a y continuidad de la atención (ACC)
- Atención centrada en el paciente (PCC)
- Evaluación de los pacientes (AOP)
- Atención de los pacientes (COP)
- Anestesia y atención quirúrgica (ASC)
- Manejo y uso de medicamentos (MMU)

Sección II: Estándares de gestión y organización sanitaria

- Mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes (QPS)
- Prevención y control de infecciones (PCI)

- Órgano de gobierno, liderazgo y dirección (GLD)
- Administración y Seguridad de Instalaciones (FMS)
- Capacidad y educación del personal (SQE)
- Gestión de la información (MOI)

Los estándares que se emplean en cada sección están incorporados en las siguientes tablas (62, 66).

Sección I: Estándares centrados en el paciente

En las siguientes tablas se presentan los diferentes estándares que se aplican según el área y ámbito en el cual se evalúa.

Tabla 11: Objetivos internacionales para la seguridad del paciente (IPSG)

Objetivo	Estándar IPSG
Identificar correctamente a los pacientes	IPSG. 1: El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la precisión de la identificación de los pacientes.
Mejorar la comunicación efectiva	IPSG.2: El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la efectividad de la comunicación verbal y/o telefónica entre los profesionales sanitarios.
Mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo	IPSG.3: El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
Garantizar una cirugía en el lugar correcto con el procedimiento y al paciente correcto	IPSG.4: El hospital desarrolla e implementa un proceso para garantizar una cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento y paciente correcto.
Minimizar el riesgo de IAAS	IPSG.5: El hospital adopta e implementa de higiene de manos basadas en la evidencia para minimizar el riesgo de infecciones relacionadas con la atención sanitaria
Minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas	IPSG. 6: El hospital desarrolla e implementa un proceso para minimizar el riesgo de daño al paciente por caídas

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12: Acceso y continuidad de la atención (ACC)

Área	Estándar
Admisión en el hospital	ACC.1: Los pacientes que podrían ser admitidos en el hospital o que desean servicios ambulatorios se analizan para identificar si sus necesidades sanitarias coinciden con la misión y los recursos del hospital. Se da prioridad a las necesidades emergentes, urgentes o inmediatas para la evaluación y el tratamiento.
Admisión al hospital	ACC.2: El hospital tiene un proceso para gestionar el flujo de pacientes en todo el hospital que incluye admitir pacientes hospitalizados y registrar pacientes ambulatorios
Continuidad de atención	ACC.3: El hospital diseña y lleva a cabo procesos que permiten la continuidad de los servicios de atención al paciente en el hospital, la coordinación entre los profesionales sanitarios y acceso a información relacionada con el cuidado del paciente.

Alta, derivación y seguimiento	ACC.4: El hospital desarrolla e implementa un proceso de planificación y derivación del alta que se basa en la disposición del paciente para el alta
Transferencia de pacientes	ACC.5: Los pacientes son transferidos a otras organizaciones basándose en su estado, la necesidad de satisfacer sus necesidades de atención posteriores y la capacidad de la organización que los recibe de satisfacer esas necesidades.
Transporte	Los servicios de transporte del hospital cumplen con las leyes y regulaciones pertinentes y cumplen requisitos de calidad y transporte seguro

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13: Atención centrada en el paciente (PCC)

Área	Estándar (PCC)
Derechos del paciente y la familia	PCC.1: El hospital es responsable de brindar los procesos que apoyan los derechos de los pacientes y sus familias durante la atención.
	PCC.2: Los pacientes y las familias participan en todos los aspectos de su atención y tratamiento médicos a través de la educación y la participación en las decisiones de atención y tratamiento y en los procesos de atención.
	PCC.3: El hospital mide, analiza y, cuando es necesario, mejora la experiencia del paciente para mejorar la calidad de la atención al paciente.
Proceso de consentimiento del paciente	PCC.4: El consentimiento general para el tratamiento, si se obtiene cuando un paciente es admitido como paciente hospitalizado o se registra por primera vez como paciente ambulatorio, es claro en su alcance y límites.
Educación del paciente y la familia	PCC.5: El hospital ofrece un programa educativo que se basa en su misión, los servicios prestados y la población de pacientes, y los profesionales de la salud colaboran para brindar educación.
Información sobre donación de órganos y tejidos	PCC.6: El hospital informa a los pacientes y sus familias sobre cómo elegir la donación de órganos y otros tejidos.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14: Evaluación de los pacientes (AOP)

Estándar (AOP)	
AOP.1: Se identifican las necesidades sanitarias de todos los pacientes atendidos por el hospital mediante un proceso de evaluación definido por el hospital.	
AOP.2: Se reevalúa a todos los pacientes, a intervalos determinados en función de su estado, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.	
AOP.3: Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por personal capacitado.	
AOP.4: Los médicos, el personal de enfermería y las demás personas y servicios responsables de la atención del paciente trabajan en forma conjunta para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes y priorizar las necesidades de atención del paciente más urgentes/importantes.	
Área	Estándar (AOP)
Servicios de laboratorio	AOP.5 : Los servicios de laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes. Todos estos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.
Banco de sangre y/o servicios de transfusiones	AOP.5.11: Una persona calificada es responsable del banco de sangre y/o los servicios de transfusiones y asegura que los servicios cumplan con las leyes y reglamentaciones vigentes y los estándares reconocidos para esta práctica
Servicios de radiología y diagnóstico por imágenes	AOP.6: Los servicios de radiología y diagnóstico por imágenes están disponibles para atender las necesidades de los pacientes. Todos estos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 15: Atención de los pacientes (COP)

Área	Estándar (COP)
Prestación de atención sanitaria para todos los pacientes	COP.1: Se presta una atención sanitaria uniforme a todos los pacientes y se cumple con las leyes y reglamentaciones vigentes.
	COP.2: Existe un proceso para integrar y coordinar la atención brindada a cada paciente, e incluye un proceso uniforme para prescribir las órdenes de los pacientes.
Atención de pacientes de alto riesgo y prestación de servicios de alto riesgo	COP.3: La atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de alto riesgo son guiados por profesionales pautas de práctica, leyes y regulaciones. Se basa en: <ul style="list-style-type: none"> - Gestión del sistema de alarma clínica - Reconocimiento de cambios en la condición del paciente - Servicios de reanimación - Administración de sangre y productos sanguíneos - Manejo de pacientes en riesgo de suicidio o autolesiones
Manejo de láseres	COP.4: El hospital establece e implementa un programa para el uso seguro de láseres y otros dispositivos ópticos, dispositivos de radiación utilizados para realizar procedimientos y tratamientos.
Alimentación y Terapia Nutricional	COP.5: Se encuentra disponible una variedad de opciones de alimentos, apropiados para la situación alimentaria del paciente y coherente con su atención médica.
Gestión del dolor	COP.6: Los pacientes reciben ayuda para gestionar el dolor en forma efectiva.
Atención al final de la vida	COP.7: El hospital brinda atención al final de la vida. La atención del paciente terminal optimiza su comodidad y dignidad.
Hospitales que brindan servicios de trasplante de órganos y tejidos	COP.8: El liderazgo del hospital facilita recursos para llevar a cabo el programa de trasplante de órganos y tejidos.
Programas de trasplantes que usan órganos de donantes vivos	COP.9: Los programas de trasplante que se realizan con donantes vivos protegen los derechos de los donantes reales o posibles y cumplen con las leyes y regulaciones locales y regionales.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16: Anestesia y atención quirúrgica (ASC)

Área	Estándar (ASC)
Organización y administración	ASC.1: Se dispone de servicios de sedación y anestesia para satisfacer las necesidades de los pacientes; asimismo, tales servicios cumplen con los estándares profesionales, así como con los estándares, leyes y reglamentos locales y nacionales.
	ASC.2: Una o varias personas (profesionales) capacitadas tienen la responsabilidad de administrar los servicios de sedación y anestesia.
Atención de sedación	ASC.3: La administración de procedimientos de sedación está estandarizada en todo el hospital
Atención de anestesia	ASC.4: Un profesional capacitado realiza una evaluación previa a la anestesia y una evaluación previa a la inducción.
	ASC.5: Se planifica y documenta la atención de anestesia de cada paciente, el manejo del dolor pos-operatorio y se documentan la anestesia y la técnica en el expediente del paciente. Los riesgos, los beneficios y las alternativas que se relacionan con la anestesia se discuten con el paciente, sus familiares o quienes toman decisiones en su nombre

	ASC.6: Se monitoriza el estado psicológico de cada paciente durante la anestesia y cirugía, de acuerdo con la guía de práctica profesional y se documentan en el registro del paciente.
Atención quirúrgica	ASC.7: La atención quirúrgica de cada paciente se planifica y documenta de acuerdo con los resultados de la evaluación.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17: Manejo y uso de medicamentos (MMU)

Área	Estándar
Organización y administración	MMU.1: El uso de medicamentos en el hospital está organizado para satisfacer las necesidades de los pacientes, cumple con las leyes y normativas aplicables y se encuentra bajo la dirección y la supervisión de un farmacéuta con licencia u otro profesional capacitado.
Selección y adquisición	MMU.2: Existe un método para supervisar la lista de medicamentos del hospital, incluida la forma en que se utilizan los medicamentos enumerados; un método para asegurar que los medicamentos para recetar u ordenar estén almacenados; y un proceso para medicamentos no almacenados o que normalmente no están disponibles en el hospital o para momentos en que la farmacia está cerrada
Almacenamiento	MMU.3: Los medicamentos se almacenan de forma adecuada y segura
Órdenes y transcripción	MMU.4: El hospital identifica y documenta una lista actualizada de los medicamentos que toma el paciente en el hogar y compara la lista con todos los medicamentos nuevos recetados o dispensados..
Preparación y dispensación	MMU.5: Los medicamentos se preparan y dispensan en un entorno seguro y limpio.
Administración	MMU.6: Las personas calificadas a las que se les permite administrar medicamentos están identificadas y documentan los medicamentos que se administran en el registro médico del paciente.
Monitorización	MMU.7: Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.

Fuente: Elaboración propia

Sección II: Estándares de gestión de la organización sanitaria

En las siguientes tablas se presentan los diferentes estándares que se aplican según el área y ámbito en el cual se evalúa.

Tabla 18: Mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes (QPS)

Área	Estándar (QPS)
Gestión de las actividades de calidad y seguridad de los pacientes	QPS. 1: Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los pacientes en el hospital.
Selección de medidas y recolección de datos	QPS.2: El personal del programa de calidad y seguridad del paciente apoya el proceso de selección de medidas en todo el hospital y coordina e integra las actividades de medición en todo el hospital. QPS.3: El liderazgo del hospital crea una cultura y un entorno que respalda la implementación de la atención basada en la evidencia mediante el uso de información y conocimientos científicos actuales para respaldar la atención del paciente, la educación profesional de la salud, la investigación clínica y la gestión.
Análisis y validación de los datos de medidas	QPS.4: El programa de calidad y seguridad de los pacientes incluye la agregación y análisis de datos para apoyar la atención de los pacientes, la gestión del hospital y la participación en el programa de gestión de calidad y en bases de datos externas.

	QPS.5: El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el hospital, en cuanto al costo y la eficiencia
	QPS.6: El hospital usa un proceso externo para validar los datos.
	QPS.7: El hospital usa un proceso definido de identificación y gestión de eventos centinela.
	QPS.8: Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
Obtención y sostenimiento de la mejora	QPS.9: Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad.
	QPS.11: Se usa un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir los eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 19: Prevención y control de infecciones (PCI)

Área	Estándar (PCI)
Responsabilidades	PCI.1: Una o más personas supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones. Esta(s) persona(s) están calificadas en las prácticas de prevención y control de infecciones mediante educación, capacitación, experiencia o certificación
	PCI.2: Existe un mecanismo de coordinación asignado para todas las actividades de prevención y control de infecciones que involucra a médicos, personal de enfermería y otros aspectos que dependen del tamaño y la complejidad del hospital.
Recursos	PCI.3: El liderazgo del hospital proporciona recursos para respaldar el programa de prevención y control de infecciones.
Objetivos del Programa de Prevención y Control de Infecciones	PCI.4: El hospital diseña e implementa un programa integral de prevención y control de infecciones que identifica los procedimientos y procesos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir el riesgo de infección.
	PCI.5: El hospital diseña e implementa un programa integral para reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención de salud en pacientes y trabajadores de atención médica.
Equipos, dispositivos y suministros médicos	PCI.6: El hospital reduce el riesgo de infecciones asociadas con equipos, dispositivos y suministros médicos / quirúrgicos al garantizar una limpieza, desinfección, esterilización y almacenamiento adecuados.
Limpieza ambiental	PCI.7: El programa de prevención y control de infecciones identifica e implementa estándares de programas reconocidos de prevención y control de infecciones para abordar la limpieza y desinfección del medio ambiente y las superficies ambientales.
Desechos y tejidos humanos infecciosos	PCI.8: El hospital reduce el riesgo de infecciones mediante la eliminación adecuada de los desechos, el manejo adecuado de los tejidos humanos y la manipulación y eliminación seguras de objetos punzantes y agujas.
Servicios de comida	PCI.9: El hospital reduce el riesgo de infecciones asociadas con las operaciones de los servicios alimentarios.
Controles de ingeniería	PCI.10: El hospital reduce el riesgo de infección en la instalación mediante el uso de controles mecánicos y de ingeniería.
Riesgos de construcción y renovación	PCI. 11: El hospital reduce el riesgo de infección en la instalación asociado con la demolición, construcción y renovación.
Transmisión de infecciones	PCI.12: El hospital proporciona precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen a los pacientes, los visitantes y el personal de las enfermedades transmisibles y protege a los pacientes inmunosuprimidos de contraer infecciones a las que son especialmente propensos.
	PCI.13: Guantes, máscaras, protección para los ojos, otro equipo de protección, jabón y desinfectantes están disponibles y se usan correctamente cuando sea necesario.

Mejoramiento de la calidad y educación del programa	PCI.14: El proceso de prevención y control de infecciones está integrado con el programa general del hospital para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, <u>utilizando medidas que son epidemiológicamente importantes para el hospital.</u>
	PCI.15: El hospital brinda educación sobre las prácticas de prevención y control de infecciones al personal, los médicos, los pacientes, las familias y otros cuidadores cuando así lo indique su participación en la atención.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 20: Órgano de gobierno, liderazgo y dirección (GLD)

Área	Estándar (GLD)
Gobernanza del Hospital	GLD.1: La estructura y la autoridad del órgano de gobierno se describen en los estatutos, políticas y procedimientos o documentos similares.
Responsabilidades de los directores ejecutivos	GLD.2: Un director ejecutivo es responsable del funcionamiento del hospital y del cumplimiento de las leyes y los reglamentos aplicables
Responsabilidades del Liderazgo del hospital	GLD.3: El liderazgo del hospital se identifica y es colectivamente responsable de definir la misión del hospital y crear los programas y políticas necesarios para cumplir con la misión.
Liderazgo del hospital para la calidad y seguridad de los pacientes	GLD.4: El liderazgo del hospital planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes. GLD.5: El director ejecutivo y el liderazgo del hospital priorizan qué procesos en todo el hospital se medirán, qué actividades de mejora y seguridad del paciente en todo el hospital se implementarán y cómo se medirá el éxito de estos esfuerzos en todo el hospital.
Liderazgo del hospital para contratos	GLD.6: El liderazgo del hospital es responsable de la revisión, selección y seguimiento de los contratos clínicos y no clínicos e inspecciona el cumplimiento de los servicios contratados según sea necesario.
Liderazgo del hospital para decisiones sobre los recursos	GLD.7: El liderazgo del hospital toma decisiones relacionadas con la compra o el uso de recursos, humanos y técnicos, teniendo en cuenta las implicaciones de esas decisiones en la calidad y la seguridad.
Organización y responsabilidades del personal clínico	GLD.8: Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de departamentos y servicio clínicos planifican e implementan la estructura del personal profesional para apoyar sus responsabilidades y autoridad.
Dirección de los departamentos y servicios del hospital	GLD.9: Una o más personas capacitadas para dirigir cada departamento o servicio del hospital GLD.10: Cada líder de departamento/servicio identifica por escrito los servicios a ser prestados por el departamento e integra o coordina esos servicios con los servicios de otros departamentos. GLD.11: Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los pacientes mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al paciente específico del departamento /servicio.
Ética clínica y de la organización	GLD.12: El liderazgo del hospital establece un marco para la gestión ética que promueve una cultura de prácticas éticas y toma de decisiones para garantizar que la atención al paciente se brinde dentro de las normas comerciales, financieras, éticas y legales y proteja a los pacientes y sus derechos.
	GLD.13: El liderazgo del hospital promueve y apoya un programa de cultura de seguridad en todo el hospital.
Educación para profesionales de la salud	GLD.14: La educación profesional de la salud, cuando se brinda dentro del hospital, se rige por los parámetros educativos definidos por el programa académico patrocinador y el liderazgo del hospital.
Investigación con sujetos humanos	GLD.15: La investigación con sujetos humanos, cuando se realiza dentro del hospital, se guía por las leyes, los reglamentos y el liderazgo del hospital.
	GLD.16: Se informa a los pacientes y las familias sobre cómo tener acceso a la investigación clínica, estudios clínicos o ensayos clínicos con sujetos humanos.

	GLD.17: Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo se protege a los pacientes que deciden participar en una investigación clínica, estudios clínicos o ensayos clínicos.
	GLD.18: El consentimiento informado se obtiene antes de que el paciente participe en una investigación clínica, un estudio clínico o un ensayo clínico.
	GLD.19: El hospital cuenta con un comité u otra forma de supervisar toda la investigación que se realiza en el hospital e involucra a sujetos humanos.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 21: Administración y Seguridad de Instalaciones (FMS)

Área	Estándar (FMS)
Liderazgo y planificación	FMS.1: El hospital cumple con las leyes, los reglamentos, los códigos de seguridad contra incendios y de construcción y los requisitos de inspección de las instalaciones pertinentes.. FMS.2: Una persona calificada supervisa la gestión de las instalaciones y la estructura de seguridad para reducir y controlar los riesgos en el entorno de atención.
Evaluación y seguimiento de riesgos	FMS.3: El hospital desarrolla y documenta una evaluación integral de riesgos basada en la gestión de las instalaciones y los riesgos de seguridad identificados en toda la organización, prioriza los riesgos, establece metas e implementa mejoras para reducir y eliminar los riesgos. FMS.4: Los datos se recopilan y analizan de cada uno de los programas de seguridad y administración de las instalaciones para reducir los riesgos en el medio ambiente, realizar un seguimiento del progreso en los objetivos y mejoras, y respaldar la planificación para reemplazar y actualizar las instalaciones, los sistemas y los equipos
Seguridad	FMS.5: El hospital desarrolla e implementa un programa para proporcionar una instalación física segura a través de la inspección y la planificación para reducir los riesgos. FMS.6: El hospital desarrolla e implementa un programa para proporcionar un entorno seguro para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
Materiales y desechos peligrosos	FMS.7: El hospital desarrolla e implementa un programa para la gestión de materiales y desechos peligrosos.
Seguridad contra incendios	FMS.8: El hospital establece e implementa un programa de seguridad contra incendios que incluye una evaluación continua de los riesgos y el cumplimiento de los códigos, leyes y reglamentos nacionales y locales para la seguridad contra incendios.
Equipo medico	FMS.9: El hospital desarrolla e implementa un programa para la gestión de equipos médicos en toda la organización..
Sistemas de utilidad	FMS.10: El hospital desarrolla e implementa un programa para la gestión de los sistemas de servicios públicos en toda la organización.
Gestión de emergencias y desastres	FMS.11: El hospital desarrolla, mantiene y prueba un programa de manejo de emergencias para responder a emergencias y desastres internos y externos que tienen el potencial de ocurrir dentro del hospital y la comunidad.
Construcción y Renovación	FMS.12: Al planificar proyectos de construcción, renovación y demolición, o actividades de mantenimiento que afectan la atención del paciente, la organización lleva a cabo una evaluación de riesgos previa a la construcción.
Educación	FMS.13: El personal y otros están capacitados y tienen conocimiento sobre los programas de seguridad y administración de las instalaciones del hospital y sus funciones para garantizar una instalación segura y eficaz.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 22: Capacidad y educación del personal (SQE)

Área	Estándar (SQE)
Planificación	SQE.1: Los directivos de los departamentos y servicios del hospital definen la educación, las destrezas, el conocimiento y otros requisitos deseados de todos los miembros del personal
	SQE.2: Los directivos de los departamentos y servicios del hospital desarrollan e implementan procesos para reclutar, evaluar y asignar personal, así como otros procedimientos relacionados que identifica el hospital.
	SQE.3: El hospital emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los pacientes.
	SQE.4: El hospital emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal no clínico sean congruentes con las necesidades del hospital y los requisitos del puesto.
	SQE.5: Existe información documentada de recursos humanos para cada miembro del personal
	SQE.6: Una estrategia de dotación de personal para el hospital, desarrollada por los directivos de los departamentos y servicios del hospital, identifica el número, los tipos y cualificaciones que se desean del personal.
	SQE.7: Todos los miembros del personal clínico y no clínico están orientados al hospital, al departamento o unidad al que están asignados y a sus responsabilidades laborales específicas en el momento de la cita con el personal.
	SQE.8: Cada miembro del personal recibe educación y capacitación continua en servicio y de otro tipo para mantener o mejorar sus habilidades y conocimientos.
Asignación de privilegios del personal médico	SQE.9: El hospital tiene un proceso uniforme para reunir las credenciales de aquellos miembros del personal médico a los que se les permite brindar atención a los pacientes sin supervisión.
Asignación de privilegios clínicos de profesionales médicos	SQE.10: El hospital tiene un procedimiento estandarizado, objetivo y basado en la evidencia para autorizar a los miembros del personal médico a ingresar y tratar pacientes y/o brindarles otros servicios clínicos coherentes con su capacitación.
Evaluación continua de la práctica profesional de los miembros del personal médico	SQE.11: El hospital emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los pacientes.
Renovación y reasignación de privilegios clínicos de los profesionales médicos	SQE.12: Al menos cada tres años, el hospital determina, a partir de la evaluación y monitorización continua de cada miembro del personal médico, si su membresía y privilegios clínicos continuarán con o sin modificaciones.
Personal de enfermería	SQE.13: El hospital cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales del personal de enfermería (licencia, formación, capacitación y experiencia).
	SQE.14: El hospital tiene un proceso estandarizado para identificar las responsabilidades laborales y realizar asignaciones de trabajo clínico según las credenciales del miembro del personal de enfermería y los requisitos reglamentarios.
Otros profesionales sanitarios	SQE.15: El hospital tiene un proceso uniforme para recopilar, verificar y evaluar las credenciales de otros profesionales de la salud (licencia, educación, capacitación y experiencia).

Fuente: Elaboración propia

Tabla 23: Gestión de la información (MOI)

Área	Estándar (MOI)
Gestión de la información	MOI.1: El hospital planifica y diseña procesos de gestión de la información para satisfacer la necesidad de información interna y externa.
	MOI.2: Se mantienen la privacidad de la información, la confidencialidad, y la seguridad-incluyendo la integridad de los datos.
	MOI.3: El hospital determina el tiempo de retención de las historias clínicas, de los datos y de la información.
	MOI.4: El hospital utiliza códigos de procedimiento y diagnóstico estandarizados y garantiza el uso uniforme de símbolos y abreviaturas aprobados en todo el hospital.
	MOI.5: Las necesidades de datos e información de quienes están dentro y fuera del hospital se satisfacen de manera oportuna en un formato que cumpla con las expectativas de los usuarios y con la frecuencia deseada.
	MOI.6: Los sistemas de tecnología de la información para la salud se evalúan y prueban en forma previa a su instalación dentro del hospital y se analizan en cuanto a la calidad y la seguridad del paciente luego de la implementación.
	MOI.7: Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado.
	MOI.8: Las personas que toman las decisiones y otros miembros del personal están formados y capacitados en los principios del uso y gestión de la información.
Gestión e implementación de documentos	MOI.9: Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente.
Expediente clínico del paciente	MOI.10: El hospital inicia y mantiene una historia clínica estandarizada de cada paciente examinado o tratado y determina el contenido, el formato y la ubicación de las entradas de la historia clínica.
	MOI.11: El hospital identifica a las personas autorizadas a ingresar datos en los expedientes clínicos de los pacientes.
	MOI.12: Como parte de la monitorización y las actividades de mejora del desempeño, el hospital evalúa regularmente el contenido y la cumplimentación de las historias clínicas de los pacientes.

Fuente: Elaboración propia

4. Comparación del sistema de acreditación según el modelo chileno de acreditación y el modelo de acreditación de Joint Commission International

Realizada la revisión de los modelos de acreditación, es importante destacar que tienen semejanzas y diferencias en sus procesos de acreditación y estándares a evaluar. La tabla 24 realiza una comparación entre los dos sistemas de acreditación.

Tabla 24: Comparación de los modelos de acreditación

Característica	Modelo de acreditación chileno	Modelo de acreditación de JCI
Entidad que lo origina	Establecido por el Ministerio de Salud Chileno	Establecido por Joint Commission International organización no gubernamental sin fines de lucro
Entidad acreditadora	Entidades acreditadoras privadas autorizadas por la Intendencia de Prestadores	Joint Comisión Internacional
Elección de la entidad acreditadora	Realizada por la Intendencia de Prestadores a través de un sorteo aleatorio.	No se realiza, debido a que la JCI realiza el proceso de acreditación.
Prestadores que acredita	Atención abierta Atención cerrada Laboratorios clínicos Servicio de psiquiatría Servicio de imagenología Servicio de radioterapia Centro de diálisis Centros de rehabilitación Unidades de quimioterapia Servicios de esterilización	Hospitales Centros médicos académicos Cuidado ambulatorio Cuidados en el hogar Laboratorios Cuidado a largo plazo Organizaciones de transporte médico Centros de atención primaria
Autoevaluación	Los prestadores institucionales que aspiren a la acreditación elaboran un proceso de autoevaluación considerando los aspectos y elementos medibles que se evalúan durante proceso de acreditación.	
Elaboración de un plan de preparación para el proceso de evaluación	Si realiza	Si realiza
Instrumentos técnicos	Manuales del Estándar de Acreditación para Prestadores Institucionales Pautas de cotejos	Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International

Solicitud para iniciar el proceso de evaluación	Se realiza en el Sistema Informático de Acreditación de Prestadores de Salud (SIA) y de manera física a la Intendencia de Prestadores presentando la autorización sanitaria vigente, un informe de autoevaluación y el domicilio.	Deben completar el proceso de registro inicial (IRP). Si es aprobado, se completa y presenta la solicitud electrónica (E-App) para la evaluación, disponible en JCI Direct Connect.
Se realiza una planificación del programa de evaluación	Si, lo realiza la entidad acreditadora a partir de un cronograma de visita	Si, lo realiza el grupo de evaluadores de JCI y los directivos y encargados del proceso del prestador.
Equipo de evaluadores	Profesionales con formación universitaria en calidad en salud y capacitación acerca del sistema de acreditación. El equipo evaluador debe estar conformado por ocho o más evaluadores	Evaluadores internacionales altamente calificados que tienen dominio del idioma del país. Está formado por: <ul style="list-style-type: none"> • Un médico • Una enfermera • Un administrador • Profesionales de atención médica • Expertos de JCI
Campo de evaluación	Se aplica para todos los puntos de verificación o áreas de evaluación que presente el prestador institucional establecidas en las Pautas de Cotejo.	Se aplica para todos los edificios y entornos para la atención de pacientes y en las unidades identificadas en la información de la E-App del prestador.
Metodología de evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevistas. 2. Observaciones en el lugar. 3. Revisión de las políticas, los procedimientos, las guías de prácticas clínicas, los expedientes de los pacientes, los expedientes del personal, los informes de cumplimiento de los requisitos gubernamentales o de regulación y otros documentos solicitados al hospital. 4. Evaluación de la experiencia de atención del paciente. 	
Pauta de evaluación	Evaluación de elementos medibles establecidos en las Pautas de Cotejos para cada estándar.	Evaluación de los elementos medibles establecidos en los Manuales de Estándares de Acreditación.
Estándares de acreditación a evaluar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeto a la Dignidad del Paciente (DP). 2. Gestión de la Calidad (CAL) 	Estándares centrados en el paciente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivos internacionales para la seguridad del paciente (IPSG)

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Gestión Clínica (GCL). 4. Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC). 5. Competencias del Recurso Humano (RH) 6. Registros (REG) 7. Seguridad del Equipamiento (EQ) 8. Seguridad de las Instalaciones (INS) 9. Servicios de Apoyo (AP) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Acceso a y continuidad de la atención (ACC) 3. Atención centrada en el paciente (PCC) 4. Evaluación de los pacientes (AOP) 5. Atención de los pacientes (COP) 6. Anestesia y atención quirúrgica (ASC) 7. Manejo y uso de medicamentos (MMU) <p>Estándares de gestión y organización sanitaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes (QPS) 2. Prevención y control de infecciones (PCI) 3. Órgano de gobierno, liderazgo y dirección (GLD) 4. Administración y Seguridad de Instalaciones (FMS) 5. Capacidad y educación del personal (SQE) 6. Gestión de la información (MOI)
Proceso de finalización de la evaluación	La entidad acreditadora entrega a la Unidad de Fiscalización en Calidad el informe de acreditación y entrega el Informe al prestador una vez que haya realizado el pago de la segunda cuota del arancel total.	Se realiza conferencia entre el director ejecutivo de la organización y el equipo de evaluación de JCI para presentar los hallazgos a partir de un borrador del informe de cumplimiento de los estándares.
Evaluación de seguimiento para elementos medibles que caen en la categoría “no cumple” o “cumple parcialmente”.	Se realiza en el caso de que el prestador institucional esté “Acreditado con observaciones”	Si se realiza

Informe oficial de acreditación	Se realiza	Se realiza
Plazo de publicación del informe oficial	5 días después del término de la evaluación.	10 días después del término de la evaluación
Costos de evaluación o aranceles	Depende del tipo y nivel de complejidad del prestador institucional. Se incluye un recargo de 40 UTM por distancia superior a 150 kilómetros entre el prestador y la sede más cercana a la entidad acreditadora.	Depende el tipo y complejidad de los servicios que presta el hospital, cantidad de centros de atención, cantidad de evaluadores y días de evaluación de los estándares. Se incluyen gastos de transporte, alojamiento y alimentación.
Reglas de decisión	Se establecen tres niveles de decisión: <ol style="list-style-type: none"> 1. Acreditado 2. Acreditado con observaciones 3. No acreditado Depende del tipo de prestador institucional que aspira a la acreditación, proceso de acreditación y porcentaje de características obligatorias y características totales cumplidas.	Se establecen dos niveles de acreditación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Acreditado 2. No acreditado Se basa en evaluar si el hospital cumple o no cumple con los criterios de acreditación establecidos por JCI.

Fuente: elaboración propia.

VI. CONCLUSIONES

La calidad en la atención de salud se ha convertido en un tema sumamente importante en los últimos años, desde su implementación en la reforma a la salud realizada en el año 2005 ha generado un aporte sustantivo a la mejora en los procesos de atención y una mejora en la seguridad del paciente disminuyendo los eventos adversos y eventos centinelas. Es por esto, que en todo el mundo se ha aplicado el concepto de calidad en la atención para mejorar y entregar un mejor servicio de salud, conllevando a que cada prestador de salud logre cumplir con los estándares de calidad que han establecido los sistemas de acreditación.

Cabe destacar que se han establecido estándares de calidad asistencial, los cuales van a ser evaluados por diferentes entidades acreditadoras que determinarán si un prestador de salud se acredita o no se acredita. Es importante señalar que todo proceso va cambiando en el tiempo haciéndose sumamente importante que cada sistema de acreditación vaya evaluando cada año los diferentes estándares de calidad, tal como lo realiza el sistema de acreditación de JCI y basándose en una evaluación y actualización continua de los estándares, a partir del estudio de los procesos de mejora que realizan los prestadores de salud para aumentar la calidad en la atención, por lo tanto, se considera un sistema de acreditación bastante complejo, interesante e innovador y que cumple con un alto estándar de calidad para organizaciones dedicadas a la acreditación en salud.

Por otro lado, tenemos el sistema chileno de acreditación establecido por la Superintendencia de Salud, el cual se caracteriza por tener un amplio programa de acreditación que involucra diez estándares, por lo tanto, podemos decir que cubre un gran abanico de instituciones de salud siendo mayor al número de instituciones que puede acreditar JCI, pero presenta un menor número elementos medibles que se evalúan durante el proceso de acreditación en comparación con el modelo de JCI.

Los dos grandes modelos de acreditación contribuyen a incorporar programas de mejora continua de la calidad en los prestadores institucionales basándose en alcanzar como objetivo primordial mejorar la organización, gestión, equipamiento, atención, seguridad, educación de los profesionales y de los pacientes para entregar una atención de salud oportuna y de calidad que pueda satisfacer las necesidades de la población.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. España 2014. Diccionario de la lengua española; p. 2432.
2. Borel J, Silvento M. Gestión de calidad en anestesiología. Rev Argentina Anest. 2008;66(1):71-82.
3. Ayanian J, Markel H. Marco duradero de Donabedian para la calidad de la atención médica. Revista de Medicina de Nueva Inglaterra. 2016; 375(3):205–7.
4. Almora A, Uset F. Índice de calidad de la asistencia médica según la percepción de estudiantes universitarios, Santo Domingo 2019. Rev Avances. 2019; 21(4):71-83.
5. Anónimo. Normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: Reporte de eventos adversos y centinela. Resolución Exenta N° 1031. In: Ministerio de Salud, editor. Santiago, Chile 2012. p. 8.
6. Miranda J, Chamorro A, Rubio S. Introducción a la Gestión de la Calidad. 1ra ed. Madrid, España 2007. 258 p.
7. Cairns T. La Edad Media. 1ra ed. Madrid, España 2003. 96 p.
8. Hernández A, Fabela M, Martínez M. Sistemas de calidad y acreditación aplicados a laboratorios de prueba. In: Instituto Mexicano de Transporte, editor. 1ra ed. México: Secretaría de Comunicaciones y Transporte; 2001. p. 72.
9. Guajardo E. Administración de la Calidad Total. 1ra ed. México 2003. 182 p.
10. Anónimo. Los principios de la garantía de calidad, informe sobre una reunión de la OMS. Copenhague: Organización Mundial de la Salud; 1985.
11. Ugarte C, Vera A. Calidad en Atención Primaria de Salud: percepción de los profesionales de los Centros de Salud Familiar y Comunitaria de la ciudad de Valdivia, 2010. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2010.
12. Aranaz J, Moya, C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. Revista de Calidad Asistencial. 2011; 26(6):331-2.
13. Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. Acta Bioethica. 2010; 16(2):124-32.
14. Lenz R. Proceso político de la Reforma AUGE de Salud en Chile: Algunas lecciones para América Latina, una mirada desde la Economía Política. Santiago, Chile 2010.

15. Pesse K, Fuentes A, Ilabaca J. Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí - Santiago de Chile. *Rev Med Chile*. 2019; 147(3):305-13.
16. Decreto 18 exento: Aprueba los estándares generales que indica del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud, 18. Sect. 5 (2019).
17. Superintendencia de salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. In: Superintendencia de Salud, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2009. p. 50.
18. Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención respecto de: Reporte de Eventos Adversos y Eventos Centinelas, 1031. Sect. 0002 (2012).
19. Establece Protocolos y Normas sobre Seguridad del paciente y Calidad de l Atención para ser aplicados por los Prestadores Institucionales Públicos y Privados., 1031. Sect. 0001 (2012).
20. Saavedra C. Factores de éxito para la acreditación de la calidad en Salud: El caso del hospital Exequiel González Cortes. Departamento de Ingeniería Industrial. 2014; Magister: 62.
21. Lancis M, Asenjo C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. *Revista chilena de calidad asistencial*. 2014;29(2):78-83.
22. Téllez A. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. *Atención primaria de salud* [Internet]. 2006; 2: [14 p.].
23. Guix Oliver J. Calidad en salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 2005;19(4):325-32.
24. Campos de Oliveira J, Silvia C, Patrig H, Misue L. Cambios gerenciales resultantes de la acreditación hospitalaria. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25(1):8.
25. Falstie-Jensen AM, Larsson H, Hollnagel E, Nørgaard M, Svendsen ML, Johnsen SP. Cumplimiento de la acreditación hospitalaria y mortalidad de los pacientes: un estudio poblacional a nivel nacional danés. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(3):165-74.
26. Campos de Oliveira J, Misue L. Descalificación de certificación por hospital acreditado: percepciones del personal profesional. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):9.

27. Ng GK, Leung GK, Johnston JM, Cowling BJ. Factores que afectan la implementación de los programas de acreditación y el impacto del proceso de acreditación en la mejora de la calidad en los hospitales: un análisis DAFO. Hong Kong Med J. 2013;19(5):434-46.
28. Shaw CD, Groene O, Botje D, Sunol R, Kutryba B, Klazinga N, et al. El efecto de la certificación y acreditación en la gestión de la calidad en 4 servicios clínicos en 73 hospitales europeos. Int J Qual Health Care. 2014;26 Suppl 1(Suppl 1):100-7.
29. JCI. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International. 4ta ed. Estados Unidos: JCI; 2011.
30. Superintendencia de Salud. Acreditación en Salud. Santiago, Chile: Minsal; 2021 [Available from: <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-6060.html#acordeonDescargable> .
31. Superintendencia de Salud. Registro de Prestadores Acreditados – Nacional Santiago, Chile: Minsal; 2021. [Available from: http://www.supersalud.gob.cl/acreditacion/673/w3-propertyvalue-4258.html#accordion_7 .
32. Superintendencia de Salud. Registro de Prestadores Acreditados Región del Maule. Santiago, Chile: Minsal; 2021 [Available from: <https://www.supersalud.gob.cl/acreditacion/673/w3-article-8539.html> .
33. Modificación Decreto Evento N°5: Aprueba modificación a los Decretos Exentos n° 18 de 2009, n° 33 de 2010, n° 34 de 2010, n° 35 de 2010, n° 36 de 2010, n° 37 de 2010, n° 346 de 2011, n° 347 de 2011, y n° 128 de 2018, todos del Ministerio de Salud, según lo que indica., 1533804. Sect. N°5 exento (2019).
34. Intendencia de Prestadores. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud. Santiago: Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud. In: Ministerio de Salud, editor. Decreto Supremo N°15 de 2007 de Ministerio de Salud. Santiago, Chile: Diario Oficial; 2015. p. 20.
35. Intendencia de Prestadores. Estadísticas de las Entidades Acreditadoras. In: Unidad de Registro de la Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2019. p. 5.

36. Superintendencia de Salud. Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. 1ra ed. Intendencia de Prestadores, editor. Santiago, Chile: Minsal; 2020. 23 p.
37. Superintendencia de Salud. Formatos de Informe de Autoevaluación de estándares de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2020 [Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-5087.html> .
38. Circular IP N°9 Imparte instrucciones sobre los contenidos mínimos y formatos de los informes de autoevaluación., Circular N°9 (2010).
39. Ordinario Circular IP / N°2: Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno, Circular IP/N°2. Sect. 2 (2010).
40. Circular IP/N° 37: Dicta instrucciones a las Entidades Acreditadoras sobre el sentido y alcance que deben dar a las obligaciones establecidas en el reglamento del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud, para los efectos de la fiscalización del debido cumplimiento de las normas que indica y deroga la circular IP/N° 26, de 27 de septiembre de 2013, D.F.L.N° 1 de 2005 (2017).
41. Ministerio de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2009. p. 46.
42. Ministerio de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención de Psiquiátrica Cerrada. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2010. p. 122.
43. Ministerio de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2010. p. 98.
44. Ministerio de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Centros que otorgan Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile.: Superintendencia de Salud; 2018. p. 28.

45. Ministerio de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Unidades de Quimioterapia Ambulatoria. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2011. p. 30.
46. Ministerio de Salud. Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales: Servicios de Esterilización. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2010. p. 31.
47. Ministerio de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales destinados al otorgamiento de Servicios de Imagenología. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2010. p. 96.
48. Ministerio de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Servicios de Radioterapia. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2011. p. 28.
49. Ministerio de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Laboratorios Clínicos. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2010. p. 81.
50. Ministerio de Salud. Pauta de Cotejo Manual de Atención Abierta. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud; 2009. p. 124.
51. Ministerio de Salud. Pauta de Cotejo Manual de Atención Cerrada. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2009. p. 141.
52. Ministerio de Salud. Pauta de cotejo del manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2018. p. 68.
53. Ministerio de salud. Pauta de Cotejo Manual del estándar general de acreditación para unidades de quimioterapia ambulatoria. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2011. p. 66.

54. Ministerio de Salud. Pauta de Cotejo Manual del estándar general de acreditación para servicios de radioterapia. In: Intendencia de Prestadores, editor. 1ra ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2011. p. 54
55. Joint Commission International. Acreditación Joint Commission International Estados Unidos: JCI; 2021 [Available from: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/>].
56. Marín A, Suarez E. Documento práctico de preparación para la acreditación internacional del laboratorio clínico. Bucaramanga, Colombia: Universidad CES- Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2010.
57. Joint Commission International. Búsqueda de organizaciones acreditadas por JCI. Estados Unidos: JCI; 2021 [Available from: [https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accreditedorganizations/#f: Facet Country=\[Chile\]&f: Facet World Hospital Accreditation=\[Hospital%20Program\]](https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accreditedorganizations/#f: Facet Country=[Chile]&f: Facet World Hospital Accreditation=[Hospital%20Program])].
58. JCI. Acreditación de JCI, el sello dorado de aprobación. In: Joint Commission International, editor. 1ra ed. Estados Unidos: JCI; 2021.
59. Despotou G, Her J, Arvanitis T. Percepciones de las enfermeras sobre la acreditación internacional de la Joint Commission sobre la seguridad del paciente en la atención terciaria en Corea del Sur: un estudio piloto. *Journal of Nursing Regulation*. 2020;10(4):30-6.
60. Day S, McKeon L, Garcia J, Wilimas J, Carty R, Alarcón P. Uso de estándares de Joint Commission International para evaluar y mejorar la atención de enfermería de oncología pediátrica en Guatemala. *Pediatr Blood Cancer*. 2013;60(5):810-5.
61. Wang H-F, Jin J-F, Feng X-Q, Huang X. Mejoras en la calidad para disminuir los errores de administración de medicamentos cometidos por el personal de enfermería en un hospital de un centro médico académico: un análisis de tendencias durante el camino hacia la acreditación de Joint Commission International y en la era posterior a la acreditación. 2015 ed2015. 393-406 p.
62. JCI. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 5ta ed. Estados Unidos: JCI; 2014. 334 p.
63. JCI. Camino a la acreditación. 1ra ed. JCI, editor. Estados Unidos: JCI; 2018. 30 p.

64. JCI. Estándares de acreditación de la Joint Commission International para hospitales. 6ta ed. JCI, editor. Estados Unidos: JCI; 2017. 350 p.
65. JCI. JCI Direct Connect: Portal de solicitud de acreditación Estados Unidos: JCI; 2017 [Available from:[//customer.jointcommissioninternational.org](http://customer.jointcommissioninternational.org)].
66. JCI. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International.