



Gestión del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales

**Superintendencia de Salud
Intendencia de Prestadores**

Gestión del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales

- **Instituciones que participan y su rol en el proceso**
- **Descripción del proceso de acreditación**
 - El instrumento de acreditación
 - Asignación de puntajes
 - Resultados posibles del proceso de acreditación
- **Aranceles del proceso de acreditación**

Reglas del juego en el sistema de acreditación

- La acreditación es obligatoria sólo para prestadores institucionales autorizados que aspiran a resolver patologías GES
- El sistema de acreditación es el mismo para prestadores institucionales públicos y privados
- La acreditación es realizada por entidades públicas o privadas autorizadas, registradas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud e ISP
- La asignación de entidades acreditadoras a cada prestador que solicita ser acreditado es aleatoria
- El prestador institucional debe pagar un arancel por el proceso de acreditación

Gestión del Sistema de Acreditación

Las instituciones

1. Ministerio de Salud
2. Prestadores institucionales autorizados
3. Entidades acreditadoras autorizadas
4. Superintendencia de Salud (en colaboración con ISP)

Gestión del Sistema de Acreditación

Rol de las instituciones

1. Ministerio de Salud

- Formula estándares generales de acreditación para los diferentes tipos de prestadores (atención abierta, cerrada, prestadores de servicios de apoyo).
- Formula estándares específicos de acreditación para los problemas de salud con garantías explícitas.
- Define fecha de inicio de la garantía de calidad para los problemas de salud con garantías explícitas.
- Actualiza periódicamente los estándares de acreditación.

Estándares actualmente vigentes

- Estándar general de acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.
- Estándar general de acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.
- Estándar general de acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada.
- Estándar general de acreditación para servicios de apoyo no asociados a consultas ni camas:

Servicios de Diálisis

Servicios de Esterilización

Servicios de Imagenología

Laboratorios Clínicos

Gestión del Sistema de Acreditación

Rol de las instituciones

2. Prestadores institucionales autorizados

- Solicitan ser acreditados a la Superintendencia de Salud.
- Participan en el proceso de evaluación que realiza la entidad acreditadora seleccionada.
- Diseñan y ejecutan plan de mejoramiento, en caso de alcanzar el umbral de puntaje para ser acreditados con observaciones.
- Mantienen estándares por los que fueron acreditados.
- Acreditación cada tres años.

Gestión del Sistema de Acreditación

Rol de las instituciones

3. Entidades acreditadoras

- Obtienen autorización para operar como tales en la Intendencia de Prestadores.
- Mantienen y actualizan los requisitos y condiciones por las cuales fueron autorizadas.
- Realizan los procesos de acreditación que les sean asignados.

Gestión del Sistema de Acreditación

Rol de las instituciones

4. Superintendencia de Salud (en colaboración con ISP)

- Administra el sistema de acreditación.
- Fiscaliza los procesos de acreditación.
- Mantiene actualizado registro público de entidades acreditadoras autorizadas y de prestadores institucionales acreditados.
- Fiscaliza que se mantengan los estándares por los cuales los prestadores institucionales fueron acreditados.
- Fiscaliza a las entidades acreditadoras.

El proceso de acreditación

Principales hitos del proceso

1. Prestador autorizado solicita ser acreditado a la Intendencia de Prestadores por los estándares que correspondan.

Para que la solicitud sea aprobada el prestador cumple los siguientes requisitos:

- Tiene autorización sanitaria al día.
- Ha realizado un proceso de autoevaluación de la calidad en la institución, en los 12 meses previos a la solicitud.

El proceso de acreditación

Principales hitos del proceso

2. Solicitud de acreditación es evaluada por la Intendencia de prestadores

Además de los requisitos señalados, se verifica que el prestador:

- Ha definido correctamente su rol asistencial (atención abierta, atención cerrada) y su complejidad para efectos de la evaluación (alta, mediana, baja).

El proceso de acreditación

Principales hitos del proceso

3. Aceptación de solicitud de acreditación y selección de entidad acreditadora en la Superintendencia de Salud

Aceptada la solicitud de acreditación del prestador solicitante:

- Se realiza proceso de selección aleatoria definiéndose la entidad acreditadora que realizará el proceso.
- Se informa a la entidad acreditadora seleccionada.

El proceso de acreditación

Principales hitos del proceso

4. Ejecución del proceso de acreditación en terreno

- Entidad acreditadora se constituye en dependencias del prestador solicitante.
- Prestador institucional paga la mitad del arancel a la entidad acreditadora.
- Entidad acreditadora completa el proceso de acreditación en terreno y elabora informe.

El proceso de acreditación

Principales hitos del proceso

5. Término del proceso de acreditación

- Entidad acreditadora entrega informe final.
- Prestador solicitante paga la mitad restante del arancel a la entidad acreditadora.
- Entidad acreditadora informa a la Superintendencia de Salud los resultados del proceso de acreditación.
 - En caso de acreditar con observaciones, el prestador elabora plan de mejoramiento y éste es sometido a juicio por parte de la entidad acreditadora.
- Superintendencia de Salud actualiza registro público de prestadores institucionales acreditados.

MARCO CONCEPTUAL

Acreditación:

Es un proceso de evaluación periódico destinado a medir el grado de cumplimiento de las prácticas relacionadas con calidad de la atención en una institución determinada, comparándolas con un modelo aceptado convencionalmente como apropiado (estándar).

MARCO CONCEPTUAL

Los ámbitos de acreditación:

Los ámbitos son los grandes temas que se evalúan en la acreditación de un prestador, y contienen en su definición los alcances de política y el deber ser al que se aspira para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad.

Los 9 ámbitos de la acreditación

1. Respeto a la dignidad del paciente (DP)
2. Gestión de la calidad (GC)
3. Gestión clínica (GCL) o de procesos (GP)
4. Acceso, oportunidad y continuidad (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)

MARCO CONCEPTUAL

Los componentes:

Constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen una orientación más fina de los elementos que interesa evaluar. Los componentes constituyen definiciones de aspectos que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito.

Los componentes del ámbito Servicios de Apoyo Diagnóstico o Terapéutico:

En el Manual de Acreditación de Prestadores de Atención Cerrada, cada uno de los servicios de apoyo constituye un componente de ámbito servicios de apoyo.

MARCO CONCEPTUAL

Las características:

Desagregan los componentes en espacios menores de análisis, especificándose el requerimiento de política institucional que se pretende medir.

La verificación de su cumplimiento considera elementos medibles y puntos de constatación. La acreditación de un prestador se basa en la determinación del nivel de cumplimiento de cada una de las características.

Elementos medibles:

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

Elementos medibles
Se describe en un documento de carácter institucional (tema materia de la característica)
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento ... (tema materia de la característica)
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica ...(tema materia de la característica)
Se constata el cumplimiento de ... (tema materia de la característica)

El proceso de acreditación

El manual de acreditación de atención cerrada

El manual especifica los atributos de cada estándar o ámbito y busca elementos medibles (verificables) para certificar su cumplimiento

Estándares o ámbitos: 9

Componentes de los estándares: 35

Características de los componentes: 106

Preguntas: 955

El proceso de acreditación

El manual de acreditación de atención abierta

Estándares o ámbitos: 9

Componentes de los estándares: 34

Características de los componentes 90

Preguntas: 549

El proceso de acreditación

El manual de acreditación de laboratorios

Estándares o ámbitos: 9

Componentes de los estándares: 17

Características de los componentes 30

Preguntas: 183

El proceso de acreditación

Asignación de puntajes

Se asigna el valor NA o no aplica cuando el prestador no dispone de la unidad o servicio que da nombre a la columna, o cuando el prestador no realiza la prestación o prestaciones señaladas en la característica.

Para efectos del cálculo de cumplimiento, las celdas con valor NA no se consideran ni en el numerador ni en el denominador.

El proceso de acreditación

Asignación de puntajes

Se asigna el valor 1 cuando la totalidad de las condiciones expresadas en el elemento medible se cumplen.

Siguiendo el ejemplo:

- Para el primer elemento medible deben existir documentos elaborados por el laboratorio donde se describen los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo: instrucciones de preparación del paciente, procedimientos de toma de muestras para los exámenes realizados, rotulación de muestras, conservación de las muestras, traslado de las muestras, criterios de rechazo de muestras. Y se han definido responsables de su aplicación.
- Para el segundo elemento medible debe estar definido al menos un indicador y su umbral de cumplimiento relacionado con problemas de la toma de muestras detectados en el Laboratorio.
- En el tercer elemento medible debe existir alguna constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.
- En el cuarto elemento medible se constata en terreno que el Laboratorio dispone de formularios para entregar información a los pacientes ambulatorios en relación con: instrucciones de preparación del paciente, toma y traslado de muestras (cuando corresponda) y plazos de entrega de los exámenes.

El proceso de acreditación

Asignación de puntajes

Se asigna el valor 0 cuando ninguna o sólo algunas de las condiciones expresadas en el elemento medible se cumplen.

Siguiendo el ejemplo:

- Para el primer elemento medible no existe un documento, éste no está vigente, se omite algún procedimiento o no se ha definido responsables de su aplicación.
- Para el segundo elemento medible no se ha definido un indicador o no se ha fijado su umbral de cumplimiento.
- En el tercer elemento medible no se demuestra que se haya realizado la evaluación periódica.
- En el cuarto elemento medible no se constata en terreno presencia de los formularios señalados en el elemento medible.

El proceso de acreditación

Valoración del cumplimiento de una característica

Para definir el nivel de cumplimiento de cada característica se calcula una proporción donde:

Numerador: sumatoria de todas las celdas con valor 1

Denominador: conteo de todas las celdas con valores distintos a **NA**

Una característica estará cumplida si se alcanza, o sobrepasa, su umbral de cumplimiento específico.

El proceso de acreditación

Asignación de puntajes

Característica

APL 1.2 El Laboratorio norma, aplica y evalúa periódicamente los procesos de la etapa preanalítica

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN								OBSERVACIONES
			Laboratorio Clínico	Toma de Muestra	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	Pediatría	Urgencia	
APL-1.2	Cumple: $\geq 75\%$	<p>Elementos Medibles APL-1.2</p> <p>Se describen en documento(s) elaborado(s) por Laboratorio Clínico, los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones de preparación del paciente. - Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados. - Rotulación de las muestras. - Conservación de las muestras. - Traslado de las muestras. - Criterios de rechazo de muestras. <p>Y se han definido los responsables de su aplicación.</p>	1	1	1	1	1	1	0	NA	17/20= 85%
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con problemas de la toma de muestra detectados en el Laboratorio.		1	1	1	1	1	0	NA	
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		1	1	1	1	1	0	NA	
		<p>Se constata que el Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios, en relación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones de preparación del paciente. - Toma y traslado de muestras (cuando corresponda). - Plazos de entrega de los exámenes. 	1								

El proceso de acreditación

Valoración del cumplimiento de la acreditación

Para definir el nivel de cumplimiento global de la acreditación se calcula una proporción donde:

Numerador: sumatoria de todas las características cumplidas

Denominador: sumatoria de todas las características aplicables al prestador

Un prestador acreditará si alcanza, o sobrepasa, el umbral de cumplimiento de cada nivel de acreditación y además cumple con todas las características de cumplimiento obligatorio.

El proceso de acreditación

Características obligatorias en Atención Cerrada mediana y alta complejidad 1.

Ámbito	Característica
Respeto a la dignidad del paciente	DP2.1 Consentimiento informado
Gestión de la calidad	CAL 1.1 Política y programa de calidad
	CAL 1.2 Responsable de la calidad en Unidades Clínicas
Gestión clínica	GC 1.1 Evaluación preanestésica
	GC 1.5 Criterios de ingreso y egreso de pacientes de UPC
	GC 1.7 Indicaciones de transfusión
	GC 1.11 Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias
	GC 1.12 Proceso de identificación de pacientes
	GC 2.1 Prevención de eventos adversos asociados a cirugía
	GC 2.2 Prevención de eventos adversos médicos
	GC 3.2 Sistema de vigilancia de IHI que cumple normativa nacional
	GC 3.3 Supervisión de cumplimiento de normas de prevención y control de IHI

El proceso de acreditación

Características obligatorias en Atención Cerrada mediana y alta complejidad 2.

Ambito	Característica	
Acceso, oportunidad y continuidad	AOC 1.1	Procedimientos para atención inmediata de pacientes en situación de emergencia
	AOC 1.2	Sistema de priorización de la atención de urgencia
	AOC 1.3	Notificación oportuna de situaciones de riesgo pesquiasadas en Anatomía Patológica, Laboratorio e Imax
Competencias de los recursos humanos	RH 1.1	Médicos y odontólogos habilitados
	RH 1.2	Técnicos y profesionales habilitados
Registros	REG 1.1	Ficha clínica única individual
Seguridad del equipamiento	EQ 2.1	Mantenimiento preventivo de equipos críticos para la seguridad de los pacientes
Servicios de apoyo	APL 1.4	Laboratorio participa en Programa de Control de Calidad Externo
	APL 1.5	Condiciones de bioseguridad en el Laboratorio
	APF 1.3	Stock mínimo de medicamentos e insumos en unidades críticas
	APE 1.2	Lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada
	APE 1.3	Métodos de esterilización basados en normas técnicas vigentes
	APD 1.2	Uso de protocolos y normas actualizadas para la atención de pacientes en diálisis y uso de registros est
	APA 1.2	Procedimientos explícitos y evaluación de etapa pre analítica
	APQ 1.3	Prácticas de quimioterapia y prevención de infecciones asociadas a cateteres vasculares centrales
	API 1.2	Seguridad en la realización de procedimientos imagenológicos de riesgo para los pacientes
	APDs 1.2	Trazabilidad de componentes sanguíneos

El proceso de acreditación

Características obligatorias en Atención Cerrada de baja complejidad

Ámbito	Característica
Respeto a la dignidad del paciente	DP1.1 Carta de derechos de los pacientes
	DP21 Consentimiento informado
Gestión de la calidad	CAL1.1 Política y programa de calidad
Gestión clínica	GCL1.1 Evaluación preanestésica
	GCL1.12 Proceso de identificación de pacientes
	GCL31 Comité de Infecciones Intrahospitalarias
Acceso, oportunidad y continuidad	AOC1.1 Procedimientos para atención inmediata de pacientes en situación de emergencia
	AOC21 Sistema de derivación de pacientes
Competencias de los recursos humanos	RH1.1 Médicos y odontólogos habilitados
	RH1.2 Técnicos y profesionales habilitados
Registros	REG1.1 Fichas clínicas únicas individuales
Seguridad de las instalaciones	INS32 Plan de contingencia por interrupción de suministro de electricidad y agua potable

Las etapas de acreditación

Valoración progresiva del cumplimiento de la acreditación

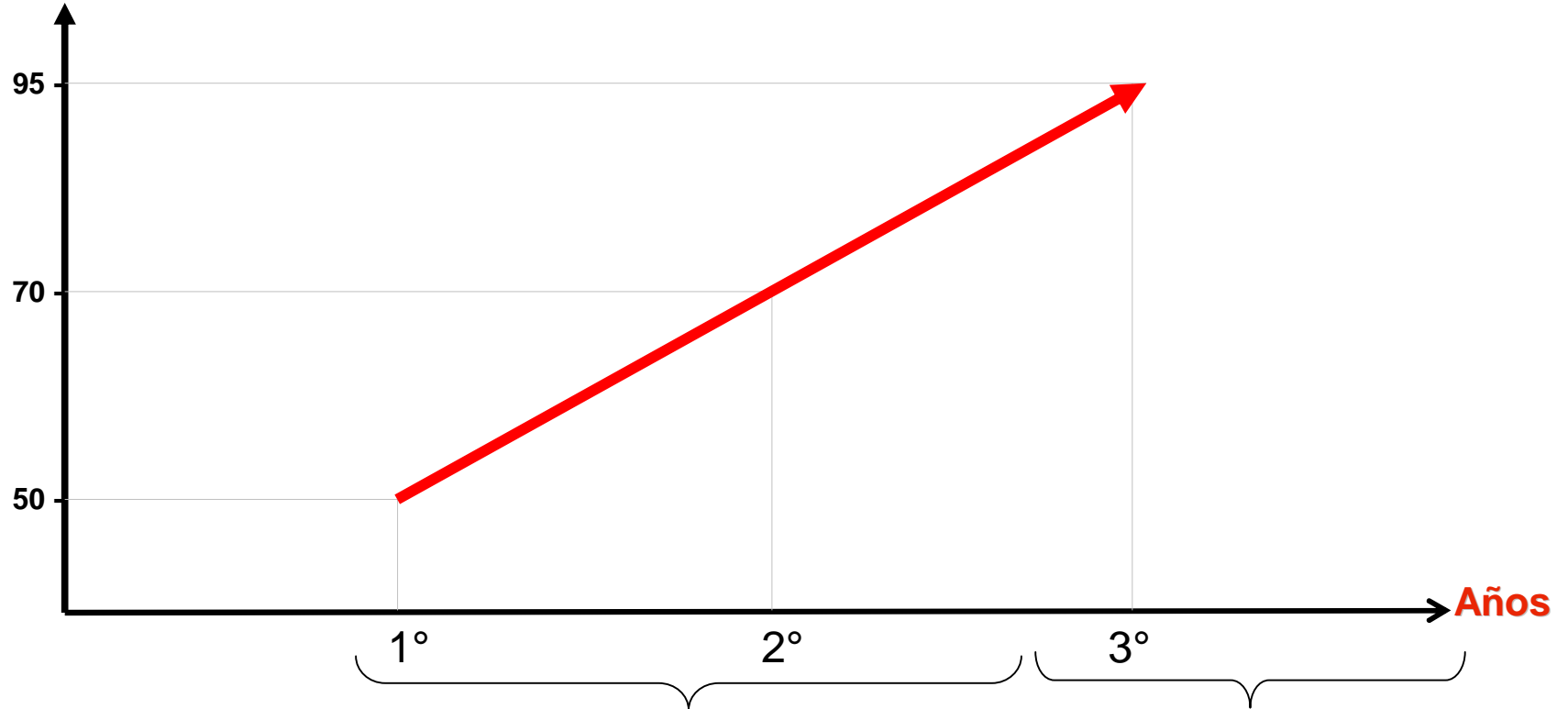
Proceso incremental en tres pasos sucesivos que cada prestador deberá cumplir.

Los puntajes requeridos para acreditar irán en aumento hasta que el prestador llegue al período de estado, en el cual deberá mantener puntajes iguales o mayores a 95%.

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Gradual e Incremental

Niveles de
Acreditación
%



1° Generación de Estándares Mínimos

2° Generación de Estándares Mínimos

30 y 12
Características Obligatorias

Resultados de las etapas de la acreditación atención cerrada y abierta

Dado que se han cumplido todas las características obligatorias

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

* Dado que la entidad acreditadora ha aprobado el plan de mejora respectivo

Resultados posibles del proceso de acreditación

Resultado	Requisitos de acreditación	Registro público
Acreditado	Cumple	Si, por 3 años
Acreditado con observaciones	Cumple con observaciones en el estándar general y tiene plan de mejora aprobado	Si, por 6 meses
No acreditado	No cumple	No

Aranceles estándar general atención cerrada

ATENCION CERRADA	Costo Unitario	
Nivel de Complejidad	UTM	M\$ (Nov. 2011)
Establecimientos de Atención Cerrada de Alta Complejidad	120	4.659
Establecimientos de Atención Cerrada de Mediana Complejidad	100	3.883
Establecimientos de Atención Cerrada de Baja Complejidad	60	2.330

UTM = \$38.827

Aranceles estándar general atención abierta

ATENCION ABIERTA	Costo Unitario	
Nivel de Complejidad	UTM	M\$ (Nov. 2011)
Establecimientos de Atención Abierta de Alta Complejidad	100	3.883
Establecimientos de Atención Abierta de Mediana Complejidad	80	3.106
Establecimientos de Atención Abierta de Baja Complejidad	40	1.553

UTM = \$38.827

Resultados proceso acreditación prestadores de atención cerrada

Solicitan acreditación	13
Acreditados	9
No acreditados	4
Probabilidad de acreditar	69%

Resultados proceso acreditación prestadores de atención abierta

Solicitan acreditación	17
Acreditados	15
No acreditados	2
Probabilidad de acreditar	88%

Referencias

- Normas básicas de autorización sanitaria: Página web MINSAL.
- Reglamento acreditación: Página web Superintendencia de Salud, Prestadores, Infórmese.
- Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta: Páginas web MINSAL y Superintendencia de Salud.
- Manuales de Acreditación de Servicios de Apoyo: Página web MINSAL y página web Superintendencia de Salud