



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

“Análisis de la capacidad de gestión del Hospital Dra. Eloísa Díaz
Insunza de acuerdo al Estándar General de Acreditación para
Prestadores Institucionales de Atención Cerrada”

Alumnos: Nancy Ramírez
Patricio López

Profesor Guía: Mauricio Espinosa

SANTIAGO 2017

AGRADECIMIENTOS

A mi compañero de tesis, Patricio López, complemento perfecto para los buenos y malos momentos que vivimos en un largo y complicado proceso, pero de un considerable aprendizaje como investigadores. Te quiero amigo y agradezco a la vida que nos unió en este desafío.

Quiero mencionar y agradecer los afectos recibidos durante el proceso de la tesis y durante mi carrera universitaria de parte de compañeros y profesores que más algunos se transformó en amigos invaluable que recordare mientras viva.

La familia pilar fundamental, mi esposo Miguel Aravena que al comprender la importancia de mi proyecto se transformó en mi compañero de apoyo incondicional y fundamental para terminar mi proceso.

A mis hijos, Miguel Aravena Ramírez y Vivian Aravena Ramírez, que jamás dudaron, incentivando a su madre en el aprendizaje, apoyaron durante el desarrollo y fueron quienes alentaron en término de mi carrera y de mi tesis, para ellos todo mi amor agradecimientos y les desafío para que concreten sus propios sueños. Los Amo.

Nancy Ramírez Vega.

Quiero agradecer a mi compañera, Nancy Ramírez quien ha sido mi mano derecha en este largo y arduo proyecto, además de su ayuda desinteresada, fue una gran experiencia terminar este proceso juntos.

A mis padres, Sandra González y Patricio López, por su amor, paciencia e incondicionalidad tanto en los años de Universidad como en el proceso de Tesis, esperando que se sientan orgulloso de su único hijo que los ama y valora tan profundamente que a veces no me es fácil expresar.

Patricio López González

ÍNDICE

I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
• ANTECEDENTES GENERALES.....	7
• DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.....	9
• PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	10
• OBJETIVO GENERAL.....	10
• OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
• JUSTIFICACION.....	11
• LIMITACION DE LA INVESTIGACION.....	13
II MARCO TEORICO.....	14
• REFORMA DE LA SALUD.....	14
• SISTEMA DE CONCESIONES.....	18
• HOSPITAL DRA. ELOISA DIAZ INSUNZA.....	22
• ACREDITACION.....	23
• CALIDAD.....	35
• MARCO NORMATIVO.....	37
• DECRETO CONFUERZA DE LEY N° 1 (D.F-L N° 1).....	37
• LEY N° 19.937.....	37
• LEY N° 19.966.....	38
• LEY N° 19.895.....	39
• LEY N° 20.015.....	39
• DECRETO SUPREMO N° 15.....	40
• LEY DE DERECHOS Y DEBERES N° 20.584.....	40
III MARCO METODOLOGICO.....	41
• TIPO DE ESTUDIO.....	41
• TECNICA DE INVESTIGACION.....	41
• UNIDAD DE ESTUDIO.....	41
• CRITERIOS PARA LA INVESTIGACION.....	42
• VARIABLE DE ESTUDIO.....	42
• INSTRUMENTOS.....	47

IV RESULTADO Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	48
• RESPECTO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE.....	48
• COMPETENCIA DE RECURSO HUMANO.....	48
• SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO.....	49
• SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES.....	49
V CONCLUSION.....	50
• BIBLIOGRAFIA.....	53
• ANEXOS.....	54

INTRODUCCIÓN

Durante la última década se han acrecentado los problemas en nuestro país donde los chilenos no se sienten resguardados en temas como el empleo, seguridad, educación, salud y pobreza y además de que nuestro sistema no es capaz de resguardar a la gran mayoría que no puede pagar por su protección.

En materia de salud pública las personas buscan mayor participación para la decisiones que van en beneficio de ellos, donde encontramos infraestructura en mal estado, largas esperas para la atención de los pacientes y falta de profesional y técnicos para la atención de pacientes, para esto el gobierno ha implementado las concesiones en hospitales públicos que mejoraran, desde el puntos de vista del gobierno, las deficiencias en el sistema de salud público. Es en este punto donde abordaremos nuestra investigación

El sistema de concesiones se dice que es la mejor alternativa para el buen funcionamiento de los hospitales chilenos, pero además se deben acreditar de acuerdo con el Estándar General de Acreditación para poder funcionar sin problemas, por esto debemos conocer todo el proceso de acreditación de los hospitales concesionados y ver si soluciona las principales problemáticas que presenta el sistema público de salud.

Debió a lo anterior es que esta investigación se centrará en conocer y evaluar el nivel de cumplimiento en el que se encuentra uno de los hospitales concesionados, el Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza de la Florida, de acuerdo a los ámbitos y características específicas que competen a la administración pública y que son parte del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.

Esta investigación parte con la visión general de la salud en nuestro país, para conocer las problemáticas que presenta nuestro sistema de salud, luego pasaremos al planteamiento del problema donde veremos el traspaso de los hospitales públicos a manos de las concesiones y proceso de acreditación que deben cumplir.

Continuamos con el Marco Teórico sobre los aspectos conceptuales principalmente de calidad y autores que se destacan en esta materia y luego la Acreditación y todos sus pasos para saber si serán aceptados o no.

Seguimos con el Marco normativo en el cual se presentaran las leyes y decretos que rigen la acreditación en el sistema de salud.

Luego se continuará con el Marco Metodológico en el que mostraremos el tipo de estudio, la técnica de investigación, la unidad de estudio, los criterios para la investigación, la variable de estudio y los instrumentos.

Finalmente esto nos llevará a encontrar el fin de nuestra investigación, donde conoceremos y evaluaremos el nivel de cumplimiento en el que se encuentra el Hospital concesionado Dra. Eloísa Díaz Insunza de la Florida, de acuerdo a los ámbitos y características específicas que competen a la administración pública y que son parte del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y lo anterior servirá para futuros mejoramientos al proceso de acreditación de Hospitales concesionados

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- **Antecedentes Generales.**

La salud es un derecho de todos los residentes en Chile. Independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencia sexual o ingreso, las personas deben contar con un aparato de protección social, que asegure el acceso a una atención de salud adecuada y oportuna, para enfrentar circunstancias de enfermedad dentro de las capacidades y recursos que presente el país.

En este sentido, para amparar con el derecho a la salud, no basta solo con reconocer este derecho, sino que es necesario establecer garantías claras y explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, así como generar los instrumentos necesarios para hacer efectivo el ejercicio de las primeras, otorgando a las personas las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

A partir del año 2000, en Chile, la salud presenta un panorama preocupante, siendo necesario mantener alejados incidentes graves que han sido conocidos por la ciudadanía a través de la opinión pública, como son: el nacimiento de un niño en un baño hospitalario, o recién nacidos, cambiados en un hospital de Talca. Estas son algunas de las razones por las que el Gobierno de Chile tiene el desafío de garantizar la calidad de la atención en salud y de los prestadores¹. (Vasquez, Carla, 2010)

La calidad y la seguridad de la atención de los pacientes es un pilar fundamental de los sistemas sanitarios modernos, para garantizar a las personas un conjunto de condiciones mínimas y comunes, con relación a las prestaciones de salud que reciben, cuando son atendidos en el sistema sanitario nacional.

Así, para mejorar la calidad de los prestadores de salud, es necesario velar por el cumplimiento de la garantía de calidad, siendo la acreditación de los servicios de salud, la estrategia más aceptada para mejorar las falencias en el sistema. La acreditación es un proceso de evaluación, realizado por una

¹ La Tercera, 28 de Abril de 2010

entidad externa, que medirá el nivel de cumplimiento mínimo que deben tener las prácticas relacionada con la seguridad, en la atención de salud de una institución pública o privada, haciendo también una comparación con una norma que es definida por el Ministerio de Salud.

La acreditación de calidad de las instituciones de salud es uno de los procesos complejos que se instaura dentro de las políticas públicas del país, y se transforma en unos de los ejes de la reforma establecida, en el año 2005.

En el año 2005, Chile establece la Garantía de Calidad a través de la Ley AUGE, indicando que las personas tienen derecho a recibir cierto tipo de prestaciones, con un nivel mínimo de garantía, y para lograr concretar estas garantías se establece que los profesionales de la salud, hospitales y clínicas privadas, deben estar acreditados e inscritos en la Superintendencia de Salud, la cual regula y fiscaliza en los ámbitos mencionados, resguardando los derechos de las personas, además de promover la calidad y seguridad, en las atenciones de salud.



Cuadro Nº1: Avances en el sistema de acreditación de calidad en salud en Chile (2012)

En el país se creó uno de los nuevos instrumentos de política pública para evaluar en los establecimientos de salud, la garantía de calidad, que se hace exigible a través de dos formas: por la inscripción de los profesionales en la Superintendencia de Salud, y la acreditación de los establecimientos públicos y privados, llevándose a cabo, por medio de un importante hito histórico de la política sanitaria que es la publicación de los manuales del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta y Cerrada, el 19 de marzo del año 2009.

El Ministerio de Salud toma un nuevo desafío significativo. Reunir evidencia, convocar expertos, y aunar voluntades para diseñar una política pública de salud, para la década 2011 – 2020, que tenga como centro la producción de resultados concretos y medibles, generando un conjunto de indicadores correlacionados con nueve objetivos estratégicos.

De esta manera, la Estrategia Nacional de Salud está constituida por nueve objetivos sanitarios para la década 2011 - 2020, y en ellos se expone: “mejorar la calidad de la atención de salud, en un marco de respeto de los derechos de las personas”, esto a través de un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

- **Descripción de la Situación Problema**

El interés por Investigar el Hospital de la Florida se debía a primer lugar porque se construyó a través del modelo de concesiones que era la forma que los gobiernos de la concertación apostaron para de terminar con la brecha que existe en nuestro país con respecto a las infraestructuras, primero las carreteras, luego las cárceles y también los hospitales. Siendo la transparencia un tema ausente en este modelo de gestión.

Como usuarios y residentes del sector sur- oriente nos hemos enterado de las insuficiencias en la gestión donde no se cumple con las expectativas de calidad para los usuarios y funcionarios.

Prueba de todo esto ha sido la información que nos entrega la prensa donde describe incendios dentro del establecimiento, también huelgas recurrentes por parte del personal del hospital. Y al recorrer las dependencias del Hospital nos encontramos con problemas de ventilación en los estacionamientos, problemas de gestión en las salas de emergencias aumentando las horas de espera de atención, y como resultado un aumento progresivo en reclamos por parte de los usuarios.

Resumiendo nos encontramos con un hospital construido con un modelo concesionado que nos presenta las mismas quejas que históricamente encontramos en cualquier hospital público de nuestro país.

- **Formulación del Problema**

¿En qué nivel de cumplimiento se encuentra el hospital concesionado Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida, con respecto a variables que competen a la administración pública, y que son parte del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada?

- **Objetivo General**

Determinar y conocer el nivel de cumplimientos de los elementos de Gestión Administrativa en el hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza y que son parte del estándar general de acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.

- **Objetivos Específicos**

- Describir y analizar el proceso de acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada del régimen de Garantías Explícitas en Salud, GES.

- Identificar las variables relevantes que competen a la administración pública, contenidas en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, que será aplicado en el Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza.
- Describir y caracterizar las principales dificultades en el cumplimiento de los ámbitos y características que competen a la administración pública, y que son parte del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.

- **Justificación de la Investigación.**

En mayo del 2011 el Gobierno declara que el principal desafío en tema de salud es situar al usuario como centro de la toma de decisiones del sistema público de salud. Dentro de su estrategia el elemento principal es optimizar la atención que reciben los usuarios para así mejorar la percepción que existe sobre el sistema público. Se plantea entonces tres ejes fundamentales, la oportunidad de la atención, la calidad de la atención y la calidad de las prestaciones, y en lo anterior se plantea la acreditación de los hospitales públicos.

Para acceder a la acreditación es requisito de ley, contar con la autorización sanitaria que es otorgada por la SEREMI, donde los establecimientos de salud que estaban en funcionamiento antes del 2006, la tenían otorgada por mérito, mientras que los establecimientos posteriores a esa fecha, deben solicitar su autorización sanitaria a la SEREMI correspondiente, y luego de esto, acceder a la página de la Superintendencia de Salud, realizando la autoevaluación con la cual se completa el proceso para acceder a la acreditación. (Artigas, 2011)².

Los prestadores institucionales que cuentan con lo mencionado anteriormente pasan a un proceso periódico de evaluación, al cual se someten voluntariamente los hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios,

² Ministerio de Salud, PDF – Autorización Sanitaria 2011

respecto de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud.

Dicho proceso de evaluación es ejecutado por entidades acreditadoras, autorizadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud, y que se encuentran inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras. Estas entidades deben estar orientadas a los diferentes estándares de acreditación de salud vigentes, como por ejemplo el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, en el cual se centrara nuestra investigación. (Anexo, Pag 53)

Los centros de Atención Cerrada son los hospitales y clínicas de baja, mediana y alta complejidad, que otorgan atención integral, general y especializada, y que están habilitados para la interacción de pacientes con ocupación de una cama.

Las entidades acreditadoras y el Secretario Regional Ministerial de Salud, en su caso, cobrarán por las evaluaciones que tengan el arancel de Acreditación, cuyo precio pagará el prestador institucional sometido a este proceso. Para el exclusivo efecto del pago de los aranceles, se considera prestador institucional de Atención Cerrada, aquel que cuente con autorización sanitaria otorgada en conformidad a la normativa aplicada a los hospitales y clínicas.

De acuerdo con su infraestructura, los prestadores de Atención Cerrada se consideran pertenecientes a alguna de las siguientes categorías; de alta complejidad, cuando tengan una unidad destinada a la atención de pacientes críticos y su arancel de acreditación se encuentra en 300 UTM; de mediana complejidad, cuando cuentan con pabellón de intervención quirúrgica para la práctica de cirugías generales que no requieren la participación de subespecialidades quirúrgicas y su arancel de acreditación se encuentra en 200 UTM; y de baja complejidad, si no se incluye en alguna de las categorías anteriores y su arancel de acreditación se encuentra en 150 UTM.

- **Limitación de la investigación**

- Dificil acceso a la información sobre el proceso interno del Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza.
- Inexistencia de procesos de acreditación anteriores aplicados en Hospitales Concesionados.
- El establecimiento nos exige un convenio con nuestra Universidad para poder recorrer las instalaciones del hospital, cosa que nos produce un retraso la recolección de datos e información.

II. Marco Teórico

- **Reforma de Salud**

“La Reforma de Salud es un proceso de cambios importante, su propósito es aumentar la igualdad al acceso de salud, en uso eficiente de los recursos, para así lograr satisfacer las necesidades de los usuarios”. (Superintendencia de salud).³

- *Garantía explícita en salud:* durante la década de los noventa se inició una serie de reformas sociales orientada a la modernización del Estado, lo que derivó en procesos de reformas al sector de salud y de seguridad social. Los objetivos explicitados para el proceso de reforma de salud en Chile fueron: mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, reducir las desigualdades en salud, y mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad (MINSAL 2001)

La implementación de la reforma al sector de la salud llevó al desarrollo de una serie de instrumentos legales que modificaron la estructura del sistema de salud y su marco regulatorio, dentro de este, se destaca la Ley del Régimen General de Garantías en Salud, que no tiene parangón en el mundo. El acceso a la salud es un derecho consagrado en la Constitución, sin embargo, en ningún cuerpo legal se garantizaban las condiciones mínimas de universalidad, oportunidad, calidad ni resguardo económico de dicho derecho. Esta ley implementó un paquete de servicios de salud mínimo garantizado para un conjunto de patologías consideradas prioritarias para el país y para cada patología garantizada se estableció una garantía GES más conocida operativamente como “canasta de prestaciones” de salud.

A fines de los noventa el diagnóstico del sistema de salud chileno daba cuenta de las serias dificultades para el acceso a los servicios de salud, no sólo de los grupos bajo la línea de pobreza, sino que de un vasto grupo de beneficiarios Fonasa, que por falta de oferta veía limitada su capacidad de resolver sus problemas de salud.

³ Departamento de estudio y Desarrollo, 2007

La reforma tuvo una difícil discusión política considerando el alcance global de la propuesta, que incluyó a ambos sistemas de salud. Esta reforma modificó la Ley del Régimen de Prestaciones de Fonasa, estableciendo un régimen de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Se priorizaron los problemas de salud sobre la base del razonamiento epidemiológico y la factibilidad de las soluciones, y para cada problema se definieron las áreas de intervención en los distintos niveles de atención de salud: primaria, secundaria y/o terciaria. Además, se estableció los tiempos de espera máximos para cada etapa (garantía de oportunidad); el conjunto de actividades, procedimientos y tecnologías necesarias para la solución del problema (garantía de calidad) y el copago y gasto máximo al que puede llegar anualmente una familia (garantía de protección financiera)⁴.

El usuario del sistema de salud público en general, estaba sujeto a la disponibilidad de la oferta existente para acceder a una prestación de salud; fueron conocidas las múltiples propuestas para terminar con las listas de espera en los consultorios de atención primaria y hospitalaria (Programa de Oportunidad de Atención, Programa de Prestaciones complejas, etc).

La estrategia adoptada de asegurar un grupo de garantías mínimas es una medida ampliamente utilizada para el resguardo de los derechos individuales. Su aplicación a los derechos sociales, como el acceso a salud, abre una interesante propuesta para la regulación y control del acceso universal e igualitario.

La entrada en vigencia de las garantías GES introdujo un cambio en la estructura de las prestaciones de salud. En términos simples si un beneficiario acude a un prestador de salud y éste constata que el paciente presenta una patología garantizada GES y cumple con los requisitos específicos establecidos, entonces el prestador de salud está en la obligación de informar al paciente de este beneficio. Con esta información el beneficiario debe acudir a su aseguradora, que le indicará cual es el centro médico u hospital con el cual hay un convenio vigente para que reciba las prestaciones incluidas en la canasta garantizada.

⁴ Garantías explícitas en salud (GES) – Dr. Gabriel Bastias

En el caso de Fonasa, la mayor parte de las prestaciones se realizarán en el mismo centro de atención primaria, CRS u hospital que le corresponde al beneficiario según su domicilio.

Dichas Garantías se orientan fundamentalmente a los siguientes aspectos:

- **Garantía Explícita de Acceso:** obliga al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsionales de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES que garantizan a los beneficiarios.
- **Garantía Explícita de Oportunidad:** se refiere al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el decreto respectivo.
- **Garantía Explícita de Protección Financiera:** el afiliado deberá efectuar la contribución por la prestación o grupo de prestaciones de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del régimen establecido. Para las personas que se encuentran en el grupo A y B de Fonasa, esta deberá cubrir el total de las prestaciones y ofrecer cobertura financiera mayor a las personas pertenecientes a los grupos C y D de FONASA.
- **Garantía explícita de calidad:** esta Garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud. A partir del 2 de abril de 2007 se encuentran ya disponibles los estándares generales de calidad para establecimientos de atención abierta y cerrada.

La implementación de las Garantías Explícitas en Salud, GES, es un gran avance con respecto al sistema previamente vigente.

- *Garantías Explícitas en Calidad:* es el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la Ley N° 19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11 y bajo estándares y guías clínicas establecido por la Autoridad Sanitaria.

Los especialistas de mejor reputación en el país no están necesariamente accesibles, ya que este registro es voluntario y las instituciones acreditan a los prestadores y a los recursos materiales, exámenes, procedimientos y medicamentos, por criterios de menor costo, principalmente.

- *Ministerio de Salud:* fue creado en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N°25 de 1959, con la responsabilidad de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública. Sin embargo, desde mucho tiempo atrás, una serie de instituciones tuvieron entre sus tareas el de velar por la salud de los chilenos.

Este Ministerio busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población, desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas, fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía, y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes (Ministerio de Salud)⁵.

Su visión está en que las personas, familias y comunidades, tendrán una vida más saludable, participarán activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo, vivirán en ambientes sanitariamente protegidos, tendrán acceso a una atención en salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán más seguras y protegidas.

⁵ <http://web.minsal.cl/mision-y-vision/>

Dentro de este Ministerio se formulan y actualizan los estándares de acreditación, estableciendo en el correspondiente decreto GES, la fecha de inicio de la exigencia de la acreditación de los Prestadores Institucionales de Salud para el cumplimiento de la Garantía de Calidad.

Por último aquí encontramos las Secretarías Ministeriales de Salud que son las que otorgan la Autorización Sanitaria para las instalaciones y funcionamiento de los Prestadores Institucionales de Salud y que aparte fiscalizan su cumplimiento.

- *Superintendencia de Salud, SIS:* la Intendencia de Prestadores, IP, de la SIS, administra el Sistema Nacional de Acreditación, autoriza a las entidades acreditadoras, gestiona las solicitudes de acreditación, fiscaliza a las entidades en relación a los procesos de acreditación y a los Prestadores Institucionales de Salud en la mantención de los estándares por los cuales fueron acreditados. Asimismo, mantiene registros públicos de las entidades acreditadoras autorizadas, de los Prestadores Institucionales de Salud Acreditados y de los Prestadores Individuales de Salud que se encuentran habilitados legalmente.
- *Instituto de Salud Pública, ISP:* fiscaliza los procesos de acreditación de Laboratorios Clínicos efectuados por las entidades acreditadoras autorizadas y a los laboratorios clínicos acreditados en la mantención de los estándares por los cuales fueron acreditados.

- **Sistema de Concesiones de Obras Públicas**

Concesiones: a comienzos de los años noventa existía en nuestro país un fuerte deterioro de la infraestructura pública una herencia obtenida por la poca inversión pública en el Gobierno militar. Para fomentar el proceso de desarrollo del país, se crea un sistema de alianza Público-Privada. Las concesiones de Obras Públicas pretenden abordar los desafíos de la modernización de la infraestructura de Chile. Los primeros avances fueron durante el gobierno del ex presidente Ricardo Lagos, con la modernización aeroportuaria y la

conectividad vial, permitiendo que el sector privado demostrara ser financieramente rentable, operando y manteniendo las obras de infraestructura, a través de tarifas directas al usuario. En cuanto a la infraestructura hospitalaria, los motivos para impulsar las políticas concesionarias son dos, pragmáticas e ideológicas.

En lo pragmática, está el deseo de cerrar las brechas de inversión hospitalaria en corto tiempo, que no sería posible a través del presupuesto sectorial. También existe la motivación de los gobiernos que tienen reglas fiscales de endeudamiento y es mejor delegarlas a los privados. El pago fiscal que debe cancelar la deuda con los privados, se extiende por toda la duración del contrato, de 15 a 30 años, lo cual minimiza el impacto en las arcas fiscales.

Por otro lado los argumentos ideológicos se relacionan con la literatura “El New Public Manegment”, creyendo que los privados son mejores en eficiencia y gestión, este tipo de pensamiento ha caracterizado a Chile y se reconoce como la lógica Neoliberal.

Las concesiones hospitalarias donde el sector privado se compromete para el diseño, construcción, reparación, conservación, mantención, operación y explotación de la obra publico fiscal, es la modalidad en la cual se construye el hospital que es materia de estudio.

Al situarnos en el actual escenario nacional de la red pública de salud, el país cuenta con dos sistemas de administración que conviven, uno es el sistema de administración directa por la subsecretaria de redes asistenciales y el otro es el modelo de concesiones, en el que se encuentran operando hoy en día, dos establecimientos inaugurados por el Gobierno anterior, y que fueron construidos bajo el programa de concesiones hospitalarias, sin estar acreditados aún.

Los hospitales concesionados son instituciones cuyo diseño, construcción, equipamiento, mantenimiento y servicios, han sido licitados a empresas privadas, las cuales realizan la inversión necesaria para su creación y reciben a cambio pagos regulares para amortizar esta inversión y cubrir la mantención de las instalaciones, así como la operación del edificio. En Chile, las concesiones

hospitalarias solo se centran en la infraestructura y la operacionalidad de estas (Privado), mientras que el negocio sigue siendo parte del Gobierno además de la administración (Público).

El sistema de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria, es el mecanismo que ha utilizado el Estado para solucionar los problemas de salud pública. Con respecto a la coordinación de concesiones de obras públicas se señala que el ciclo del proyecto consta de dos fases, siendo la primera “el estudio de pre factibilidad”, que determina la rentabilidad social del proyecto y la utilidad a la que pueden acceder los privados que se adjudican cada uno de los proyectos; esto es elaborado por el Ministerio de Obras Públicas. La segunda fase se basa en “el estudio del negocio” en donde se delimitan aspectos de ingeniería que son relevantes en el proceso de una licitación, dentro de los cuales encontramos el esquema de operación de la concesión, el grado de compromiso de los agentes ante los riesgos del negocio, y algunos aspectos económicos de importancia.

Con el sistema de concesiones se traspassa el riesgo del negocio a los privados, por ende el Gobierno no costea las falencias o debilidades del servicio. Con respecto a temas de inversión de la empresa privada para la construcción del Hospital de la Florida, se tiene que la Sociedad San José – Tecnocontrol, suma su inversión en la cifra estimada de \$120 millones de dólares, lo cual corresponde a un crédito que el Estado debe cancelar en cuotas. Finalizando el proceso éste deberá pagar \$426 millones de dólares, es decir un 27 por ciento más de lo que cuesta un hospital, esto sin contar con los gastos por concepto de operación que son \$173 millones de dólares extras.

En Chile el contrato de concesiones para el Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza, es del tipo B.O.T. (Build, Operate and Transfer) y posee una extensión de quince años, en donde el privado tiene las siguientes responsabilidades: el diseño del hospital, la construcción y mantenimiento de la infraestructura, la provisión y mantención del mobiliario, la operación del equipamiento industrial, la operación de servicios no clínicos, explotación de actividades comerciales. A pesar de la inversión total de la empresa ésta tiene el deber de entregar dicha obra al Estado, una vez cumplido el plazo de la concesión.

La ley de concesiones faculta al Ministerio de Obras Públicas para otorgar toda la obra en concesión, exceptuando a dichas obras que dependan de algún ministerio o servicio público u otro organismo integrante de la administración del Estado. Esto es lo que aconteció con la concesión de los hospitales, al estar bajo la administración del Ministerio de Salud, fue necesario celebrar un Convenio de Mandato entre el Minsal y el MOP, donde el primero delega al segundo y esta última entrega las concesiones de dichas obras.

El sistema de concesiones establece que la adjudicación de las concesiones se efectúa bajo la vía de licitación pública, nacional o internacional, donde el MOP llama a precalificación de los licitantes, esto ocurre ya que la obra presenta características especiales complejas en cuanto a magnitud y costo.

En cuanto a la licitación de la obra, se evalúan las ofertas técnicamente aceptables y de acuerdo a las características de la obra, se atienden uno o más factores de la licitación que establece la ley de concesiones, según el sistema de evaluación que el MOP debe fijar en las bases de la licitación.

En resumen, en las concesiones el Estado licita el diseño, construcción y operación de un determinado bien público a empresas privadas, para lo cual el Estado asegura subsidios al concesionario que se adjudique la obra.

Algunas de las ventajas que nos propone este sistema de concesiones hospitalarias, son proveer de un servicio eficiente y especializados al sector público y a la gente que sirve en el hospital, ser una fuente de financiamiento para proyectos mayores, y liberar fondos para obras de inversiones públicas.

Los alumnos de esta tesis, tienen el interés de describir y evaluar el nivel de cumplimiento de algunas variables relevantes, que competen a la administración pública, siendo parte de los requerimientos que se encuentran contenidos en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, y que será aplicado en el hospital concesionado Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida, un hospital de alta complejidad.

- **Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza**

El Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza, es un hospital público, construido por el modelo de concesiones, que ha justificado su construcción debido al crecimiento demográfico del área metropolitana sur oriente, particularmente desde la comuna de La Florida. Con este hospital se espera suplir la brecha de atenciones y procedimientos de salud, servicios de apoyo, diagnóstico y terapéuticos para los usuarios del sistema público. También se espera contribuir a mejorar el ordenamiento de la red, según accesibilidad geográfica, con una resolutive adecuada, y con la mejor relación coste / beneficio, basándose en cuatro criterios:

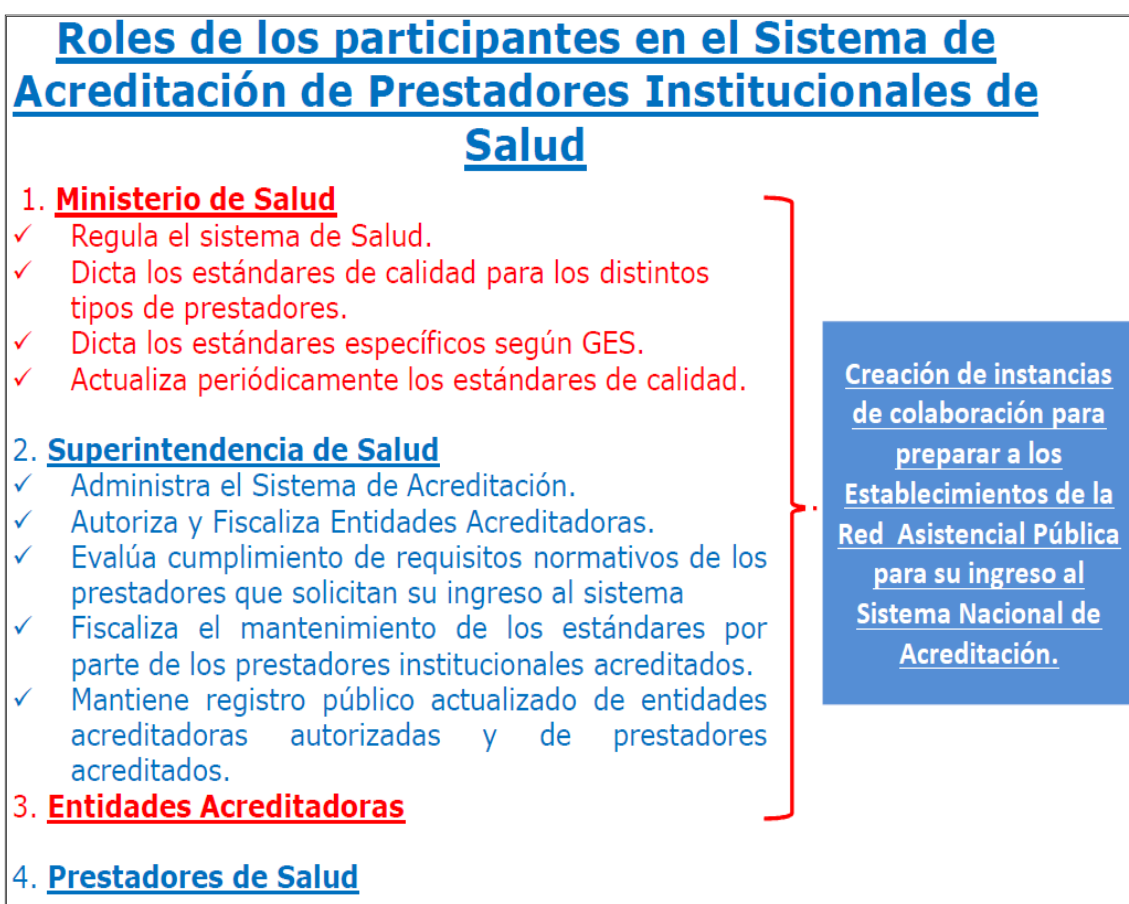
1. El usuario como eje central de su quehacer.
2. Altos estándares en infraestructuras con una arquitectura sustentable.
3. Altos estándares de atención.
4. Utilización de sistema de información digital, utilización de equipamiento clínico de última generación.

LOS SERVICIOS CONCESIONADOS DEL HOSPITAL LA FLORIDA:

- Mantenimiento de Infraestructura y áreas verdes.
- Mantenimiento de equipamiento industrial.
- Mantenimiento de mobiliario no clínico.
- Aseo.
- Seguridad y vigilancia.
- Alimentación.
- Ropería y lavandería.
- Estacionamiento.
- Sala cuna y jardín infantil.

- **Acreditación**

Método reconocido de evaluación externa que se someten voluntariamente los prestadores institucionales autorizados por la autoridad sanitaria, tales como Clínicas, Hospitales, Centros Ambulatorios y Laboratorios, se realiza periódicamente al ingresar a un proceso de evaluación respecto del cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad mínimos previamente establecidos y normados por el Ministerio de Salud. Dicho proceso de evaluación es ejecutado por Entidades Acreditadoras que son sometidas a un proceso de autorización por la Superintendencia de Salud, para posteriormente ser inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras. La solicitud de acreditación se realiza ante la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.



Cuadro N°2: “Política de Acreditación de Calidad en Salud en Chile: Objetivos y Desafíos (2012)”

El ingreso de un prestador al proceso de acreditación, implica diversos plazos y requiere documentación determinada según las etapas del proceso. Desde el punto de vista de un Prestador Institucional de Salud que desee acreditarse, pueden considerarse dos grandes etapas, en primer lugar la Etapa de Planificación e Implementación de la Calidad, y en segundo lugar la Etapa del Proceso de Acreditación, la cual se subdivide en 3 etapas, preparatoria, evaluativa, y resolutoria

En la primera etapa, el objetivo fundamental es establecer la estructura organizativa apta para implementar y trabajar según el modelo de gestión de calidad institucional, así como desarrollar una cultura de calidad con clara definición de las políticas de calidad institucional para la seguridad de los pacientes. En esta fase también es importante el compromiso directivo, el empoderamiento de líderes, y la capacitación en calidad para involucrar a todo el personal de la institución.

El objetivo final debe ser la mejora continua en la seguridad y calidad de la atención al paciente, para la cual la Acreditación en Salud constituye una herramienta que promueve la organización en beneficio a este objetivo. Esta etapa puede durar de 2 a 5 años dependiendo de la complejidad de establecimiento y el tipo de prestaciones que ofrezca.

La segunda etapa con respecto al proceso de acreditación, comienza formalmente al ingresar la solicitud de acreditación a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, quien tiene la función de evaluar el cumplimiento de los requisitos normativos, mediante el análisis jurídico y técnico de los antecedentes aportados por el prestador junto a su solicitud. En el caso de ser aprobado se procede a programar la designación aleatoria de una entidad acreditadora para continuar con el proceso. Los profesionales de dicha entidad acudirán al prestador para realizar la evaluación en terreno y contrastar los hallazgos con lo solicitado en el estándar, para luego elaborar el informe de acreditación con el respectivo resultado del prestador. Esta etapa dura aproximadamente 5 meses (Superintendencia de Salud, 2010).⁶

⁶ Superintendencia de Salud, Guía Práctica de Acreditación.

Proceso de Acreditación



Cuadro N°3: “Acreditación de Calidad en Salud (2011)”

Para dicha evaluación se aplica el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, que tiene por objetivo estandarizar la observación y medición de requisitos que se realiza durante el proceso de acreditación en terreno, disminuyendo así la variabilidad en la aplicación de los instrumentos, y otorgando objetividad y credibilidad al proceso. Asimismo, pretende orientar y proporcionar elementos prácticos a los prestadores institucionales para la preparación de la acreditación.

El contenido de este manual desagrega sus exigencias y requisitos, en ámbitos, componentes, características y verificadores. La forma en que han sido trabajados tales contenidos, permite facilitar la comprensión de los objetivos que en cada caso persigue la evaluación. La Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, instruirá respecto a los formatos y contenidos mínimos que deberán cumplir los informes de autoevaluación a ser ejecutados por los prestadores institucionales, que soliciten someterse al procedimiento de acreditación en virtud del presente manual.

La pauta de cotejo que está adjunta al manual debe entenderse para todos los efectos, como parte integrante de los contenidos del mismo.

El **ámbito** mencionado anteriormente, incluye los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad.

Los ámbitos que son evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

1. Respeto a la Dignidad del Paciente: La institución provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.
2. Gestión de Calidad: El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes.
3. Gestión Clínica: El prestador institucional provee condiciones seguras para la entrega de acciones de salud.
4. Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención: 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 presencia de factores de riesgo.
5. Competencia del Recurso Humano: La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencia.
6. Registros: El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.
7. Seguridad del Equipamiento: El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento, y es operado de manera adecuada.
8. Seguridad de las Instalaciones: Las instalaciones de prestador institucional cumple las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

9. Servicios de Apoyo: La institución provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes. Específicamente se evalúan los siguientes servicios:

- Laboratorio
- Farmacia
- Esterilización
- Transporte de Pacientes
- Diálisis
- Radioterapia
- Anatomía Patológica
- Quimioterapia
- Imagenología
- Kinesiterapia y Rehabilitación
- Medicina Transfusional
- Atención de donantes
- Centros de Sangre

Los **componentes** constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más finos de los elementos de evaluación que interesan.

Las **características** desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación, son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar.

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

La evaluación es tanto una medición contemporánea como retrospectiva. El alcance retrospectivo de las mediciones abarca un periodo de 6 meses aproximadamente, anterior al proceso de evaluación de la respectiva

acreditación. Una vez acreditado el prestador, la siguiente evaluación de acreditación será dentro de 3 años más.

El proceso de acreditación voluntario, a contar desde el primero de Julio de 2013 será exigible para todos los hospitales y clínicas, prestadores de Atención Cerrada que deseen seguir atendiendo patologías AUGE. Si desde dicha fecha no se encuentren acreditados, no podrán prestar este beneficio a los usuarios de la salud.

La acreditación de los recintos hospitalarios además de cumplir con las prestaciones incluidas en el AUGE, también significara que se les garantice y una atención que cumpla con estándares y protocolos establecidos que asegure la calidad de atención a los pacientes y permite minimizar errores como operaciones del lado equivocado o que se produzcan cambios de identidad a pacientes, todas estas situaciones que se podrán evitar en hospital o clínica acreditado.

La acreditación consta de tres etapas que permiten a un establecimiento de salud una evaluación completa y aprobada: Etapa preparatoria, evaluativa y resolutive.

En la Etapa **Preparatoria**, la solicitud de acreditación debe realizarse primero vía web a través del Sistema Informático de Acreditación de Prestadores de Salud y luego de manera presencial (documentación en papel). El Prestador debe tener presente que podrá desistir de su solicitud durante el proceso, lo cual debe ser presentado formalmente al Intendente de Prestadores de Salud.

Al realizar la solicitud, el Sistema Informático automáticamente asignará un número a la solicitud, el cual le será informado en el mensaje que arroja el sistema al ingresar dicha solicitud. Asimismo, el primer estado de la solicitud en el Sistema será de **“Solicitada”**.

Luego, debe ingresar por Oficina de Partes de esta Superintendencia de Salud (*Alameda 1449, Edificio Santiago Downtown torre 2, Santiago, Chile*) o a la Agencia Regional que corresponda, los siguientes antecedentes en papel:

- ✓ La solicitud de acreditación firmada por el representante legal del Establecimiento.
- ✓ El informe de autoevaluación, firmado por el representante legal del Establecimiento.
- ✓ La cartera de prestaciones de la Institución.
- ✓ Ficha técnica actualizada.
- ✓ Organigrama de la Institución.
- ✓ Planos o croquis del Establecimiento.
- ✓ Las resoluciones de autorización sanitaria por las cuales fueron autorizadas las instalaciones y el funcionamiento del Prestador.

Estos documentos deben constar en su original o ser copias autenticadas de su original, esto es ante Notario Público o Ministro de Fe del Organismo que emitió dicha documentación.

En la Oficina de Partes, la documentación es foliada, digitalizada y enviada a la Intendencia de Prestadores en un plazo no mayor a 3 días hábiles.

Ingresa a la Intendencia de Prestadores, la solicitud y documentación es derivada a la Unidad de Admisibilidad y Autorización, Unidad responsable de valorar los antecedentes aportados en la solicitud de acreditación. Este proceso finaliza con la resolución que acepta o rechaza la solicitud de acreditación, y en caso de ser aceptada dicha solicitud, se procede a la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora.

Durante la etapa de la valoración de los antecedentes de la solicitud de acreditación, el sistema arrojará que el estado del proceso se encuentra “**en evaluación**”, lo cual será notificado al prestador a través de un correo electrónico en el que además se informará el nombre del profesional a cargo de dicha evaluación.

El ingreso de la solicitud de acreditación involucra su evaluación:

- Técnica: luego de verificar que los antecedentes aportados se encuentren completos se evalúan en relación a su consistencia, concordancia e idoneidad para enfrentar un proceso de acreditación. A modo de ejemplo: aplicabilidad de las características informadas en

la autoevaluación, concordancia de las autorizaciones sanitarias con las prestaciones realizadas.

- Jurídica: se verifican aspectos legales de los antecedentes aportados en la solicitud, tales como: autorizaciones sanitarias de funcionamiento e instalación del prestador en cuestión, personería jurídica, entre otras.

En la eventualidad de identificar algún error en la solicitud de acreditación o documentación faltante se contactará al responsable de la solicitud y/o al representante legal del prestador, estableciendo un plazo para corregir dicha situación, luego del cual si el Prestador interesado no ha ingresado la información solicitada, se dará por desistida su solicitud de acreditación.

Una vez finalizada la evaluación de los antecedentes de la solicitud de acreditación, existen dos alternativas:

La solicitud es aceptada

- Se notifica al prestador la aceptación de la solicitud de acreditación a través de una Resolución Exenta vía carta certificada a la dirección proporcionada en la solicitud.
- Esta notificación también es enviada a todas las Entidades Acreditadoras.
- Simultáneamente el sistema arrojará el estado "**Solicitud Aceptada**", enviando un correo electrónico al prestador, para notificar la aceptación de la solicitud, y en el cual podrá visualizar la resolución, y la fecha y hora de la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora.

La solicitud no es aceptada

- Se notifica al prestador que su solicitud no fue aceptada, a través de una Resolución Exenta, vía carta certificada a la dirección proporcionada en la Solicitud.
- Simultáneamente el Sistema arrojará el estado "**Cancelada**", enviando un correo electrónico al prestador, y notificando la cancelación de la solicitud, en la cual podrá visualizar la resolución.

La designación aleatoria de la entidad, se realizará el día lunes o el primer día hábil siguiente, si éste fuera inhábil, a contar de la fecha de la Resolución Exenta, en las dependencias de la Superintendencia de Salud. Dicha designación se realiza mediante una tómbola con balotas, cuyos números representan a cada entidad acreditadora. Este acto es de carácter público presidido por el Intendente de Prestadores, en presencia de un ministro de fe.

Si alguna entidad tuviese algún conflicto de interés u otro motivo fundado que le impidiera evaluar al prestador en cuestión, debe comunicarlos previamente a esta Intendencia con el fin de excluirse del procedimiento de designación aleatoria.

Una vez seleccionada la entidad acreditadora, se cambia el estado en el Sistema informático de “Solicitud Aceptada” a “Notificada”, instancia que genera un correo electrónico, notificando a la entidad de la asignación de determinado prestador.

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

En caso de que la entidad no acepte su designación para la evaluación del prestador, se procede a la designación aleatoria de una nueva entidad acreditadora en el próximo procedimiento de designación.

Si la entidad acepta la designación aleatoria, el estado del proceso en el Sistema cambiará desde “Notificada” a “Designación Aceptada”, lo cual genera una nueva notificación vía correo electrónico al prestador.

Una vez notificado, el prestador debe cancelar la mitad del arancel a la entidad, en un plazo no superior a 10 días hábiles. Para esta gestión la entidad se pondrá en contacto con el prestador para la entrega de los datos necesarios para el pago.

Los aranceles de acreditación vigentes están determinados por el estándar a evaluar, la complejidad del prestador y la ubicación geográfica, y están expresados en Unidades Tributarias Mensuales, UTM.

Una vez que el prestador institucional ha pagado la mitad del arancel a la entidad, ésta contará con un plazo de 5 días hábiles para determinar la fecha de inicio del proceso de evaluación en terreno. Esta fecha no deberá exceder los 40 días hábiles posteriores a este pago inicial (plazo que incluye los 5 días mencionados).

En la Etapa **Evaluativa**, ya determinada la fecha de inicio del proceso de evaluación en terreno, el sistema cambiará de estado desde “*Designación aceptada*” a “**Planificada**”, notificándose al prestador, a través de un correo electrónico. La Institución puede solicitar a la entidad el cambio de fecha de inicio de evaluación si así lo estimara pertinente. De no existir acuerdo entre las partes, será la Intendencia de Prestadores quien determine la fecha de inicio del trabajo en terreno.

Previo a la visita en terreno, la entidad remitirá vía correo electrónico al prestador un cronograma de la visita según norma la **Circular IP N° 26 de 2013**. En este cronograma se podrá encontrar, fechas, horarios de la visita, nombre de los profesionales evaluadores, características a evaluar, profesionales del Prestador involucrado, etc.

Iniciado el proceso de evaluación en terreno, la entidad cuenta con un plazo de 30 días hábiles para emitir el Informe de Acreditación.

Durante la evaluación en terreno los profesionales de la entidad, contrastarán sus hallazgos con lo solicitado en la Pauta de Cotejo del manual correspondiente, utilizando criterios objetivos, no discriminatorios, imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados. Para ello las entidades cuentan con las orientaciones técnicas elaboradas y divulgadas por la IP para la constatación de las EA e instrucciones contenidas en la circular IP N°26 de 2013.

El prestador podrá formular dudas puntuales en relación a la información solicitada y/o metodología utilizada en la evaluación en terreno directamente a los profesionales acreditadores. La entidad por su parte puede proporcionar esta información pero no dará indicios de los resultados de sus evaluaciones.

En cualquier caso, durante el proceso de evaluación en terreno, tanto las Entidades como el Prestador pueden utilizar el sistema de consultas para cualquier aclaración.

Dicha respuesta, una vez elaborada por la IP, será remitida tanto al prestador como a la entidad, con el fin de preservar la comunicación y transparencia durante el proceso.

Finalizado el proceso de recolección de la información durante la evaluación en terreno, la entidad acreditadora llevará a cabo una reunión final a la que asistirán su director técnico y los evaluadores que participaron en el proceso, junto con los directivos y encargados de calidad del prestador evaluado, para presentar los hallazgos encontrados, especialmente aquellos referidos a las características obligatorias. En dicha sesión el prestador podrá precisar o aclarar dudas antes de finalizar la fase de recolección de la información en terreno, por su parte la entidad resguardará no entregar resultados o valoraciones.

En caso de requerirlo, para completar el Informe de Acreditación, este podrá volver al prestador las ocasiones que estime conveniente.

En la Etapa **Resolutiva**, una vez completada la evaluación y el análisis de la información recolectada durante el trabajo en terreno, la entidad ingresará al sistema un resumen del cumplimiento de las características llamado "Check-list". Simultáneamente al ingreso del Check-list, cambia el estado del Sistema desde "Planificada" a "**Evaluado**". Ingresado el Check-list al sistema informático, la entidad cuenta con un plazo de 5 días para ingresar el Informe de Acreditación al Sistema.

Recibido el Informe de Acreditación en la Intendencia de Prestadores, se valora su consistencia, procedimiento a cargo de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de la IP y/o Unidad de Fiscalización del ISP. Este análisis tiene por objetivo resguardar la congruencia entre lo evaluado y lo informado por la entidad y la fundamentación de los resultados presentados por la entidad, a modo de ejemplo: se verifica que los porcentajes de cumplimiento informados

sean concordantes con lo constatado. Cualquier hallazgo durante este procedimiento es notificado a la entidad correspondiente.

Finalmente la Unidad de Fiscalización en Acreditación de la IP y/o Unidad de Fiscalización del ISP, elabora su respectivo informe adjuntando los antecedentes para la elaboración de la Resolución Exenta que da por acreditado, Acreditado con Observaciones o No Acreditado al Prestador. Esto aplica para un primer proceso de acreditación:

- Acreditado: el prestador cumple con el 50% de las características que le fueron aplicables del estándar correspondiente, incluidas todas las obligatorias.
- Acreditado con Observaciones: el prestador, si bien no alcanza el 50% de cumplimiento de las características que le fueron aplicables, cumple con todas las características que le fueron obligatorias, y ha presentado un plan de mejora que la entidad acreditadora ha aceptado, que permite lograr este porcentaje en un plazo no mayor a seis meses.
- No Acreditado: el prestador no cumple con alguna de las características obligatorias que le fueron aplicables según el estándar correspondiente.

Al emitirse la Resolución Exenta, se notifica vía correo electrónico al prestador, que debe realizar el pago de la segunda mitad del arancel.

Es importante señalar que, sólo una vez que el Prestador evaluado haya pagado el total del arancel, podrá acceder al Informe de Acreditación en el Sistema Informático, y en caso de resultar acreditado, se ingresará en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados de la Superintendencia de Salud.

En un proceso de re-acreditación el prestador debe demostrar una evaluación retrospectiva de tres años, a excepción de aquellas características que señalen explícitamente lo contrario. Asimismo, las reglas de decisión cambian en relación a los porcentajes requeridos para acreditar, y se encuentran descritos en los Manuales de Acreditación.

- **Calidad**

Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.

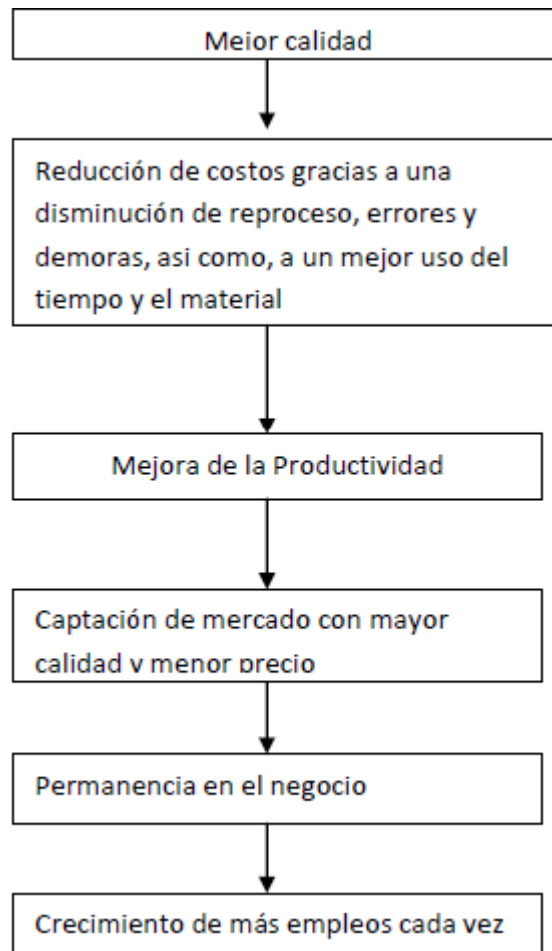
El Instituto de Medicina de los EUA (IOM), define la calidad como el grado en que los servicios de atención en salud incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud y son consistentes con conocimientos profesionales actualizados.

La Calidad Según William Deming

Deming nunca definió ni describió la calidad de manera precisa, solo afirmó que: “un producto o servicio tiene calidad si ayuda a alguien y goza de un mercado sustentable”, en otras palabras podríamos decir que la calidad es todo lo que el consumidor necesita y anhela.

Desde el punto de vista de una empresa, la calidad es todo aquello que le hiciera ahorrar a una organización para cumplir a tiempo con la entrega del producto al usuario o cliente, a su vez decía que era más barato hacer un producto nuevo que corregirlo, ya que esto conlleva a una pérdida de tiempo y esfuerzo, y por último recalca observar las líneas de producción para identificar el problema y así eliminar donde se genera la falla.

También afirmo que una calidad más alta lleva a una mejor productividad, que a su vez, da lugar a una fuerza competitiva a largo plazo. Deming expuso la reacción en cadena que se describe a continuación:



Cuadro N°4: “Fundamentos de la Calidad, Filosofías y Marcos de referencia de la Calidad (2005)”

- **Marco Normativo**

- *Decreto con Fuerza de Ley N°1 (D.F.L. N°1)*

Establece los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto a las condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

Establece un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. A continuación se darán a conocer las tres leyes que compilan este decreto:

- *Ley N° 19.937*

La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, publicada en el Diario Oficial el 24 de febrero de 2004 señala, en su Artículo 4°, que al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud, y ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

"Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de prestador institucional y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de

atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones. Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes."

Marco Normativo del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud



Cuadro N° 5: "Avances en el Sistema de Acreditación de Calidad en Salud en Chile (2012)"

- **Ley N° 19.966**

Por su parte, la Ley 19.966 que regula el Régimen de Garantías Explícitas, GES, establece que la Garantía Explícita de Calidad se materializará mediante el registro o acreditación, según sea el caso, de los prestadores que realicen las prestaciones del régimen, de acuerdo a la Ley N° 19.937.

Bajo ese marco, el conjunto de estándares de acreditación que se presenta en estos documentos es exigible en forma común a todos los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada o Abierta, que otorgan prestaciones de salud. De igual manera, fija condiciones consideradas mínimas para la seguridad de los usuarios, y para la efectividad del proceso de atención en

general, tanto de los problemas incluidos en el régimen de garantías como de aquellos que no lo están.

- *Ley N° 19.895*

La denominada “Ley Corta de Isapres” establece diversas normas de solvencia y protección de personas incorporadas a Instituciones de Salud Previsional, Administradoras de Fondos de Pensiones y Compañías de Seguros. Fue promulgada el 14 de agosto de 2003 y publicada en el Diario Oficial el 28 de agosto del mismo año.

- *Ley N° 20.015*

La llamada “Ley Larga de Isapres” fue publicada el 17 de mayo de 2005, y tuvo, como principales objetivos: limitar las alzas de los precios, mantener el contrato de salud para las cargas cuando el cotizante fallece, mantener, sin restricciones, la protección de salud para el beneficiario que pasa a ser cotizante, ofrecer uniformidad de aranceles, y dotar a la Superintendencia de nuevas herramientas que permitan precaver situaciones riesgosas para los derechos de las personas.

Además, regula materias relativas al funcionamiento del sistema privado de salud, el proceso de adecuación anual de los contratos de salud, las tablas de factores y establece el Fondo de Compensación Solidario para el GES entre las Isapres.

Cabe destacar que la Superintendencia de Salud, haciendo uso de sus facultades normativas, dictó, con fecha de 9 de agosto de 2005, la Circular IF/N° 9, que “Imparte instrucciones sobre la implementación de la Ley N° 20.015”, la cual fue modificada con posterioridad por la Circular IF/N° 19, de 5 de mayo de 2006.

- *Decreto Supremo N°15*

Reglamenta la acreditación de los prestadores institucionales de salud autorizados, públicos y privados. Dicho proceso estará destinado a evaluar el cumplimiento, por parte de aquellos prestadores institucionales que se sometan a él, de los estándares fijados con el objeto de velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios.

- *Ley de derechos y deberes (Ley N° 20.584)*

Resolución Exenta N° 1.031 de 17 de Octubre 2012: aprueba protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, hace exigible a prestadores públicos y privados el cumplimiento al monitoreo y reporte de indicadores de seguridad, así como la vigilancia y comunicación de los eventos adversos y centinelas.

III. MARCO METODOLÓGICO

- **Tipo de Estudio**

Al conocer las principales características de esta investigación, se optó por un estudio de carácter exploratorio – descriptivo, ya que se pretende describir y evaluar el nivel de cumplimiento de algunas variables (ámbitos y características) relevantes para la administración pública y que son parte del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada en el Hospital concesionado Dra. Eloísa Díaz Insunza de la Florida, y de esta manera la información que se obtendrá, servirá para que este hospital concesionado posteriormente pueda enfrentar con mejores probabilidades de éxito su proceso de acreditación.

- **Técnica de Investigación**

Nuestra investigación presenta un enfoque cualitativo donde la recolección de datos nos permite proceder a realizar una evaluación del nivel de cumplimiento de ciertas características y ámbitos relacionados con la administración pública.

- **Unidad de Estudio**

En Chile existen dos Hospitales construidos bajo el Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria, uno en la comuna de Maipú, Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, y el otro en la comuna de La Florida, Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza, de los cuales ninguno de los dos se encuentra acreditado. Nuestra investigación se centrará en el Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida.

- **Criterios para la Investigación**

Los estándares a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

1. Respeto a la dignidad del trato al paciente (DP)
2. Gestión de la calidad (CAL)
3. Gestión clínica (GC)
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)

Los criterios de investigación que abarcaremos del Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, serán cuatro, los cuales según nuestro punto de vista poseen las características necesarias, que competen a la administración pública. Estos criterios serán los siguientes:

- Respeto a la Dignidad del Paciente
- Competencia del Recurso Humano
- Seguridad del Equipamiento
- Seguridad de las Instalaciones

- **Variable de Estudio**

→ Respeto a la dignidad del paciente: La institución provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

Centrándonos en el Componente DP-1, donde la institución cautela que el paciente reciba un trato digno, se presentan tres características de las cuales solo tomaremos la característica DP 1.1 (Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere con cada uno de sus pacientes, y que es informada por medios constatables).

El documento de dichos derechos debe consagrar y regular adecuadamente el respeto de, de los siguientes derechos, como mínimo:

- No discriminación.
- Respeto a la privacidad y el pudor.
- Respeto a la confidencialidad de la ficha clínica y demás datos personales sensibles.
- Acompañamiento de familiares o cercanos durante el proceso de atención.
- Información sobre la condición de salud al paciente o responsables.

En este criterio en la columna de Verificadores, se presentan dos elementos medibles que son los requisitos específicos que se deben constatar para calificar el cumplimiento de cada una de las características contenidas en el estándar. Los elementos tienen cinco puntos de verificación, en los que debe estar presente la información requerida por cada elemento medible.

El umbral de cumplimiento de esta característica debe de ser mayor o igual a un 80%, que en cada fila por punto de verificación, se procederá a completar con un 1 o un 0 de acuerdo a si “Cumple” o “No Cumple” respectivamente.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN					OBSERVACIONES
		Sector de acceso *	Sectores de espera de público 1 **	Sectores de espera de público 2 **	Sectores de espera de público 3 **	Urgencia	
Cumple ≥ 80%	Elementos Medibles DP-1.1						* Acceso principal. ** Se evaluarán los tres con mayor flujo de pacientes.
	Existe un instrumento de difusión de carácter institucional que incluye los derechos mínimos relativos a: - No discriminación. - Respeto a la privacidad y pudor. - Respeto a la confidencialidad. - Acompañamiento a los pacientes. - Información al paciente o responsables. - Información respecto al carácter docente asistencial del establecimiento, cuando corresponda.						
	El instrumento es fácilmente accesible, legible y comprensible.						

→ Competencia del Recurso Humano: la atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencia.

Centrándonos en el componente RH-1, donde los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional deben estar habilitados, se presentan tres características, de las cuales solo tomaremos la característica RH 1.1 (Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados).

Esto se verificará, a través de los certificados de título de técnicos y profesionales del personal permanente o transitorio del prestador.

El prestador evaluado deberá haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a esta característica, según su complejidad.

Es este criterio la columna de Verificadores presenta cuatro elementos medibles y sólo un punto de verificación, a través de cual se completará con un 1 o un 0 según si esta presenta la información requerida, donde el Umbral de cumplimiento de esta característica debe de ser mayor o igual a un 75%.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥ 75%	Elementos Medibles RH-1.1	Dirección o gerencia del prestador		
	Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los médicos que cumplen funciones permanentes.			
	Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los médicos que cumplen funciones transitorias (durante último año).			
	Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los cirujanos dentistas que cumplen funciones permanentes.			
	Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los cirujanos dentistas que cumplen funciones transitorias (durante último año).			

→ Seguridad del Equipamiento: el equipamiento clínico debe cumplir con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento, y operado de manera adecuada.

Centrándonos en el componente EQ-1, donde se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de este, se encuentran dos características de las cuales tomaremos la característica EQ 1.1 (El procedimiento establecido para la adquisición del equipamiento incluye la definición de sus responsables y considera la participación de los profesionales usuarios).

Esto se verificará a través del procedimiento de adquisición de equipamiento e instrumental.

En la columna de Verificadores se presentan dos elementos medibles y con un solo punto de verificación que se completarán con un 1 o un 0, según lo anteriormente señalado.

El umbral de cumplimiento de esta característica debe de ser de un 100%.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos Medibles EQ-1.1	Dirección o gerencia del prestador		
	Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos: - Responsable de la adquisición. - Participación de personal técnico y usuario. - Sistema de evaluación de la calidad técnica del equipamiento a ser adquirido.			
	Existe constancia de la participación del personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento.			

→ Seguridad de las Instalaciones: las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

Centrándonos en el componente INS-1, donde el prestador institucional debe evaluar periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones, se presentan solamente una características que es la INS 1.1 (El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo).

Esto se verificará mediante un plan de prevención de incendios y un plan de prevención de colapso de elementos no estructurales.

El prestador evaluado deberá haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a esta característica, según su complejidad, debido a que el Hospital Dra. Eloisa Díaz Insulza es de alta complejidad.

En la columna de Verificadores se encuentran cinco elementos medibles, donde los cuatro primeros tienen un punto de verificación y el quinto presenta otro punto diferente de verificación

El umbral de cumplimiento de esta característica debe de ser mayor o igual a un 75%.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
		Dirección o gerencia del prestador	General	
Cumple: ≥ 80%	Elementos Medibles INS-1.1			
	Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.			
	Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.			
	Existe un Informe de evaluación del riesgo de incendio, elaborado por bomberos (quinquenal).			
	Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.			
	Se constata: - Recarga vigente de extintores. - Red seca y húmeda accesibles. - Cumplimiento de mantenimiento preventivo de red seca, húmeda y sistemas automatizados de mitigación de incendios (en caso de disponerse de estos dos últimos).			

• Instrumentos

Las siguientes técnicas nos ayudarán a reconocer y recolectar información para nuestra investigación:

- *Revisión Documental:* la documentación encontrada en las páginas oficiales del Gobierno nos permitió extraer de ellos información para acercarnos a la investigación deseada, de esta manera encontramos leyes, decretos y normas, que nos llevaron a un mayor entendimiento en materias de acreditación, y así reforzando nuestro estudio.
- *Verificación del cumplimiento de las características en estudio:* se medirá el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación que competen a la administración pública, a través de un documento de constatación directa (Pauta de Cotejo), esto nos permitirá realizar inspecciones visuales, recabar opiniones del personal, y revisar documentación de profesionales y técnicos de la salud.

IV. RESULTADO Y ANALISIS DE RESULTADOS

Nuestra investigación comienza con la visita al establecimiento de salud, Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida, donde nos entrevistamos con la encargada del departamento de calidad, Eleonor Venegas (jefa de calidad), la cual se encontraba en proceso de preparación para una pronta visita de los evaluadores designados por el Minsal.

Después de la entrevista, recorrimos todas las instalaciones y lugares que podíamos acceder sin ningún problema, para poder observar y tomar nota de algunos de los elementos medibles que deben estar a la vista para todo el público que visita el establecimiento.

Con respecto a los criterios seleccionados y que competen a la administración pública, estos son resultados obtenidos por la investigación:

➔ Respecto a la Dignidad Del Paciente:

En la característica DP 1.1 se verificó la existencia de la carta de los derechos y deberes del paciente en los lugares de mayor flujo de usuarios, acceso a la unidad de emergencia, acceso a las salas de hospitalización, acceso a sectores de espera, y en el acceso principal.

El resultado de esta característica fue de un 100%, es decir, cumplió en cada uno de los puntos de verificación de los dos elementos medibles señalados. (Anexo, Pag 54)

➔ Competencia de Recurso Humano:

En la característica RH 1.1 existe una nómina en recursos humanos que identifica a los profesionales médicos y cirujanos dentistas que desempeñan labores permanentes y transitorias, con su respectivo número de inscripción en el registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud o bien con certificado de título autorizado por notario. Al momento de la

evaluación los médicos permanentes, y cirujanos dentistas permanentes y transitorios, estaban debidamente habilitados, pero se constató que los médicos extranjeros que desempeñaban labores transitorias no contaban con una resolución habilitante para el cargo.

El resultado de esta característica fue de un 75%, es decir, se cumplió con 3 de los 4 elementos medibles con su único punto verificador. (Anexo, Pag 54)

➔ Seguridad de Equipamiento:

En la característica EQ 1.1 se evidencia la existencia de los documentos de que describen los procedimientos, se verifico el responsable a cargo y existe una coordinación entre los equipos médicos y una planificación de reposición de equipo.

El resultado de esta característica fue de un 100%, es decir, se cumplió con los elementos medibles respecto a su único punto verificador. (Anexo, Pag 55)

➔ Seguridad de las Instalaciones:

En la característica INS 1.1 existe un documento que designa al responsable del plan de prevención de incendio, se evidencia la existencia de un plan en esta materia el que se encuentra actualizado, el hospital cuenta con elementos de mitigación ante una amenaza de incendio, además de tener el informe de incendio emitido por bomberos, pero se constató que no cuentan con el análisis de los resultados y las decisiones tomadas tras la evaluación.

El resultado de esta característica fue de un 80%, es decir, se cumplió con 4 de los 5 elementos medibles con su único punto verificador. (Anexo, Pag 55)

V. CONCLUSIONES

Producto de la investigación que buscó evaluar el nivel de cumplimiento del Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza de La Florida, en cuanto al Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, se pudo comprobar que la institución cuenta con las características medibles que se plantean en los criterios del estudio, así como tiene porcentajes altos en sus resultados.

Para el criterio del respeto a la dignidad del paciente (característica DP 1.1), se cumplió con el 100%, en la competencia del recurso humano (característica RH 1.1), se obtuvo un 75%, mientras que en seguridad del equipamiento (característica EQ 1.1), y seguridad de las instalaciones (característica INS 1.1), el resultado fue de 100% y 80% respectivamente.

Se encontró entonces que el hospital está avanzando en sus procedimientos acorde al estándar de acreditación establecido para prestar el servicio de salud, pero aún existen algunos puntos por mejorar como se describe en los resultados de las características RH 1.1 y INS 1.1, siendo necesario que los médicos extranjeros que desempeñan labores transitorias, cuenten con una resolución habilitante para su cargo, así como se debe ejecutar un análisis para el plan de prevención de incendio en la institución.

En la investigación se destaca también que existe todo un marco normativo legal y vigente para el cumplimiento adecuado de la prestación de servicios en materia de salud pública, orientado desde el Ministerio de Salud, y que se promueve desde la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020, en la cual se incluye el mejoramiento de la calidad para la atención de las personas.

Así, son varias normas que rigen al sistema de salud y que son transversales a la acreditación, como: el decreto con Fuerza de Ley N°1 (D.F.L. N°1), que establece los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud; la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, que señala en su Artículo 4°, al Ministerio de Salud como responsable de formular, fijar y

controlar las políticas de salud, así como ejercer la rectoría del sector salud; la Ley N° 19.966, que regula el Régimen de Garantías Explícitas; las Leyes N° 19.895, y N° 20.015, concernientes a las Isapres; el decreto Supremo N°15, que reglamenta la acreditación de los prestadores institucionales de salud autorizados, públicos y privados; la Ley de derechos y deberes (Ley N° 20.584), que aprueba protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención de salud; y la Resolución Exenta N° 1.031, que exige a prestadores públicos y privados el cumplimiento al monitoreo y reporte de indicadores de seguridad, sumándose la vigilancia y comunicación de los eventos adversos y centinelas.

De esta manera la acreditación se convierte en una herramienta de suma importancia para cumplir con la normatividad del Estado y garantizar de forma debida el derecho a la salud, con un orden establecido a través de instituciones como: el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud, las Entidades Acreditadoras, y los Prestadores de Salud, todos con un rol definido pero con una finalidad común que es generar un servicio de calidad

Para el Hospital público Dra. Eloísa Díaz Insunza, prestador de salud, en el cual se centró esta investigación, una futura acreditación sería significativa para evidenciar la calidad del trabajo que se realiza por superar la brecha de atenciones, mejorar procedimientos, y los servicios de apoyo diagnósticos y terapéuticos, en el sector suroriente del área metropolitana de Santiago.

En este sentido, se evidencia que es un largo proceso, el que se debe ejecutar para la acreditación, partiendo por la inscripción al registro, y pasando por la solicitud de acreditación, la evaluación de antecedentes, la designación aleatoria de la Entidad Acreditadora, hasta llegar a la evaluación en terreno. Instancias necesarias para cumplir con los requerimientos establecidos, y que en un escenario paralelo sirve para demostrar la efectividad del sistema de concesiones hospitalarias, al cual pertenece el hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza.

Otro hecho que se evidenció durante la investigación, fue el difícil acceso a la información, lo cual va en contra de la transparencia en la función pública, sin embargo se logró obtener la información pertinente para evaluar.

Sin duda, la optimización de la atención a los pacientes y usuarios de las instituciones, requiere de la implementación de estándares de calidad, que así como se ha visto a través de los criterios seleccionados en el estudio, y que competen a la administración pública, permiten hacer un seguimiento y valoración a los procesos que se llevan a cabo en hospitales públicos, para corroborar la idoneidad de estos últimos, en el ejercicio que garantiza el derecho a la salud, en Chile.

• BIBLIOGRAFÍA

-Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2004), Ley N° 19.966.

-María Artigas (2007), Departamento Calidad y Seguridad del Paciente, Autorización Sanitaria.

-Coordinación de Concesiones de Obras Públicas, Concesión Hospital de Maipú y La Florida.

<http://www.concesiones.cl/proyectos/Paginas/detalleExplotacion.aspx?item=10>

-Unidad de Asesoría Técnica, Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud.

-Superintendencia de Salud (2009), Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.

-Superintendencia de Salud (2009), Pauta de Cotejo para Manual de Atención Cerrada.

-Escuela de Salud Pública, Régimen de Garantía Explícitas en Salud (GES).

-Departamento de Calidad y Formación Subsecretaría de Redes Asistenciales (2005), La Acreditación.

-María Soledad Velásquez, Intendencia de Prestadores de Salud (2012), Política de Acreditación de Calidad en Salud en Chile; objetivos y desafíos.

-María Soledad Velásquez, Intendencia de Prestadores de Salud (2012), Avances en el Sistema de Acreditación de Calidad en Salud en Chile.

-Dra. Liliana Escobar, Superintendencia de Salud (2013), El Sistema Nacional de Acreditación de Calidad en Salud; Visión de la Superintendencia de Salud.

-Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Subsecretaría de Redes Asistenciales (2015), Política de Calidad en Salud.

- **ANEXOS**

Registro de Entidades Acreditadoras

1. Acredita Chile S.A.
2. SALUDMANAGEMENT S.A.
3. Asesorías en Gestión en Salud Limitada
4. Inscripción cancelada
5. Inscripción cancelada
6. Acreditación en Salud Limitada
7. Inscripción cancelada
8. Inscripción cancelada
9. AKRESAL Chile S.A.
10. Asesorías en Calidad y Acreditación Limitada
11. Hurtado y Carrasco Limitada
12. Inscripción cancelada
13. Inscripción cancelada
14. Acreditaciones Berta Antonieta Torres Morales E.I.R.L
15. Inscripción cancelada
16. Lanza y Sepúlveda Limitada (Higea Salud)
17. Inscripción cancelada
18. GCA Salud Limitada
19. Ausus Sum Management Consultores Limitada
20. Sea Salud Limitada
21. Asesorías en Salud Limitada
22. Incorpora S.A.
23. Inscripción cancelada
24. Acredita Norte Chile Limitada
25. GESALUD Limitada
26. Acreditadora GECASEP Limitada
27. Empresa Nacional de Acreditación de Calidad SpA
28. EvaluaQ Limitada
29. Quality Health SpA
30. In Situ Q Asesorías Limitada
31. Leonora Monares Arce Salud E.I.R.L.+

Respecto a la Dignidad Del Paciente

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN					OBSERVACIONES
		Sector de acceso *	Sectores de espera de público 1 **	Sectores de espera de público 2 **	Sectores de espera de público 3 **	Urgencia	
Cumple ≥ 80%	Elementos Medibles DP-1.1						* Acceso principal. ** Se evaluarán los tres con mayor flujo de pacientes.
	Existe un instrumento de difusión de carácter institucional que incluye los derechos mínimos relativos a:						
	<ul style="list-style-type: none"> - No discriminación. - Respeto a la privacidad y pudor. - Respeto a la confidencialidad. - Acompañamiento a los pacientes. - Información al paciente o responsables. - Información respecto al carácter docente asistencial del establecimiento, cuando corresponda. 	1	1	1	1	1	
	El instrumento es fácilmente accesible, legible y comprensible.	1	1	1	1	1	

Competencia de Recurso Humano

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
		Dirección o gerencia del prestador		
Cumple: ≥ 75%	Elementos Medibles RH-1.1			
	Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los médicos que cumplen funciones permanentes.	1		
	Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los médicos que cumplen funciones transitorias (durante último año).	0		
	Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los cirujanos dentistas que cumplen funciones permanentes.	1		
	Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los cirujanos dentistas que cumplen funciones transitorias (durante último año).	1		

Seguridad de Equipamiento

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: 100%	Elementos Medibles EQ-1.1	Dirección o gerencia del prestador		
	Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos: - Responsable de la adquisición. - Participación de personal técnico y usuario. - Sistema de evaluación de la calidad técnica del equipamiento a ser adquirido.	1		
	Existe constancia de la participación del personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento.	1		

Seguridad de las Instalaciones

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
Cumple: ≥ 80%	Elementos Medibles INS-1.1	Dirección o gerencia del prestador	General	
	Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.	1		
	Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.	1		
	Existe un Informe de evaluación del riesgo de incendio, elaborado por bomberos (quinquenal).	1		
	Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.	0		
Se constata: - Recarga vigente de extintores. - Red seca y húmeda accesibles. - Cumplimiento de mantenimiento preventivo de red seca, húmeda y sistemas automatizados de mitigación de incendios (en caso de disponerse de estos dos últimos).		1		