



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud (SOGCS)
en su componente “sistema único de Acreditación” en Colombia, comparación
con el modelo Chileno.

Lindsey Zulelly Medina Ruiz
Yasmin Rosas Mosquera
Judy Andrea Castro Bejarano

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2013



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud (SOGCS)
en su componente “sistema único de Acreditación” en Colombia, comparación
con el modelo Chileno.

Lindsey Zulelly Medina Ruiz
Yasmin Rosas Mosquera
Judy Andrea Castro Bejarano

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título
de:
Administrador en Salud Pública

Directora
Rocío Robledo Martínez. OD., M.Sc., PhD.(C).

Línea de investigación:
Administración en servicios de salud

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2013

A nuestras familias que apoyaron y motivaron nuestras capacidades para desarrollarnos más allá de nuestros límites.

A nuestro docentes, compañeros y amigos que soportaron nuestras cargas académicas y nos formaron para el futuro venidero

A nuestra fe y confianza que lograríamos las metas y expectativas propuestas desde el inicio.

RESUMEN

La acreditación en salud ha sido una de las más importantes metodologías externas, para evaluar la calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya que le permiten a los pacientes o usuarios finales garantizar los principios de equidad, eficiencia, accesibilidad, universalidad y sostenibilidad del sistema de salud. El objetivo de este trabajo es realizar un aproximación analítica mediante la comparación de los estándares de calidad exigidos para cumplir con el proceso de acreditación contemplados en los manuales de acreditación de hospitalario y ambulatorio de Colombia, Chile y lo que establece el estándar internacional de la Joint Commission. Por ser una monografía se efectuó la revisión de lo establecido en estos manuales, de las metodologías de acreditación y como están contruidos los estándares. Como resultado se evidencia que la acreditación es una herramienta gerencial que permite obtener mejores resultados en salud, prueba de ello es el sistema de salud Chileno, en donde la acreditación es de carácter obligatorio. Los estándares centrados en el paciente y no en la complejidad de los servicios, ofrece un enfoque más integral y de mayor comprensión en la interpretación de estándares. No se apreciaron diferencias marcadas entre la complejidad y pertinencia de los tres manuales, pero el manual de Colombia incluye aspectos ambulatorios y hospitalarios, lo cual hace que el ámbito hospitalario sea visto de forma más completa en los manuales de Chile y de la Joint Comission.

Palabras clave: Acreditación, Acreditación de Instituciones de Salud, Sistemas de Salud, Servicios de Salud, Calidad de la Atención de Salud.

ABSTRACT

Accreditation in health has been one of the most important external methods to evaluate the quality of the institutions that providing health services, because it assure to patients the principles of equity, efficiency, accessibility, universality and sustainability of the health system. The aim of this work is to make a analytical approach by comparing the quality standards required to meet the accreditation process referred to in the accreditation manuals and outpatient hospital Colombia, Chile and what sets the international standard of the Joint Commission. Being a monograph revision was made to the provisions of these manuals, methodologies and accreditation standards as they are built. The result is evidence that accreditation is a management tool that allows for better health outcomes, the proof is the Chile's health system, where accreditation is mandatory. The standards focus on the patient and not on the complexity of services, provides a more comprehensive and greater understanding in the interpretation of standards. There were no marked differences between the complexity and relevance of the three manual, but the manual of Colombia includes inpatient and outpatient areas, which makes the hospital setting will be seen more fully in the manuals of Chile and the Joint Commission.

Keywords: Accreditation, Accrediting of Health Facilities, Health Systems, Health Services, Quality of Health Care.

CONTENIDO

RESUMEN	4
ÍNDICE ILUSTRACIONES	8
INDICE DE TABLAS	8
INTRODUCCION.....	9
CAPITULO 1. ANTECEDENTES DE LA CALIDAD EN SALUD	12
1.1 Antecedentes de la Calidad	12
1.2 Joint Commission Internacional.....	14
1.3 Acreditación y estándares JCI	16
1.4 Antecedentes de Acreditación en Chile	22
1.5 Antecedentes Acreditación en Colombia.	24
CAPITULO 2 SISTEMA DE ACREDITACION EN SALUD COLOMBIA	26
2.1 Marco normativo del SOGC de la atención en Salud.....	26
2.2 Sistema unico de Acreditacion.	27
2.2.1 Grupo de Estándares del proceso de atención al cliente Asistencial	28
2.2.2 Grupo de Estándares de Apoyo administrativo – gerencial.....	28
2.2.3 Grupo de Estándares de Mejoramiento de la calidad.....	29
2.3 Ruta Critica ⁽¹⁹⁾	29
2.3.1 Requisitos para la acreditacion.....	30
2.3.2 Proceso de Acreditación.	31
2.3.3 Evaluación	32
2.3.4 Seguimiento ⁽²²⁾	32
2.4 Estándares De Acreditación Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial ⁽¹⁸⁾	33
CAPITULO 3 ACREDITACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN CHILE ⁽²³⁾	35
3.1 Marco legal	35

3.2 Reglamento de acreditación	37
3.3 Requisitos para la acreditación.....	39
3.4 El proceso de acreditación.....	40
3.5 Consideraciones generales ámbitos, características y elementos medibles	42
3.6 Composición de los ámbitos	43
3.6.1 El ámbito.....	43
3.6.2 Los componentes.....	43
CAPITULO 4. COMPARACION ENTRE ESTANDARES.....	46
4.1. Aspectos de la Acreditación en salud en Chile, Colombia y JCI	47
4.2. Elementos Comunes de los Sistemas	52
4.3. Elementos exclusivos de los Sistemas de Acreditación.....	53
5. ANÁLISIS COMPARATIVO	54
6. CONCLUSIONES	56
BIBLIOGRAFÍA.	58

ÍNDICE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Cronograma del proceso de Acreditación JCI	21
Ilustración 2 Ruta crítica para la acreditación en salud. Colombia.	30
Ilustración 3 Sistema de Mejoramiento Continuo	31
Ilustración 4 Ciclo de Acreditación	33

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Proceso Acreditación Chile.....	42
Tabla 2 Elementos medibles	45
Tabla 3 Aspectos de la Acreditación en salud en Chile, Colombia y JCI	47
Tabla 4 Elementos Comunes de los Sistemas de Acreditación.	52
Tabla 5 Elementos Exclusivos de los sistemas de Acreditación.	53

INTRODUCCION

La calidad de la atención de salud es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los mismos. Es el valor agregado a la prestación de los servicios y es la herramienta fundamental para cumplir el objetivo; de proporcionar salud y bienestar a los usuarios. Para su desarrollo y ejecución, es fundamental la retroalimentación continua del sistema de salud y especialmente en el proceso de globalización actual el cual va a un ritmo acelerado, de la misma forma es la razón por la que dicho sistema no deben detenerse en su desarrollo y evolución permanente hacia la calidad.

A mediados de 1990 surge la necesidad en Colombia de mejorar la prestación de servicios, especialmente por el continuo crecimiento en el desarrollo del sistema de salud a nivel mundial y el déficit en el control de la calidad de los servicios⁽¹⁾. En 1993 el Gobierno Nacional expide la Ley 100 donde establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y traza los lineamientos para la prestación del servicio y da las primeras pautas para generar un sistema con calidad.

El Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad De La Atención De Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro componentes: Sistema único de habilitación, Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, Sistema único de acreditación y Sistema de la información de la calidad⁽²⁾. En esta monografía haremos especial énfasis en el sistema de único de acreditación en Colombia es su componente cliente asistencial.

La necesidad de la acreditación surge para: “Animar a los que estén haciendo el mejor trabajo y estimular los del estándar inferior a hacerlo mejor”⁽³⁾. La Acreditación se conoce generalmente como un proceso voluntario por el cual una agencia gubernamental o privada concede el reconocimiento a las instituciones de cuidados médicos que llenan los requisitos de ciertos estándares que requieren la mejora continua en estructuras, procesos y resultados⁽⁴⁾. Por eso el desarrollo de los programas de acreditación se vinculan a las crecientes necesidades y avances promovidos por procesos de globalización altamente relacionados con el desarrollo humano y que propenden la competitividad y eficiencia en el sector salud dentro de un proceso

que apunta hacia la mejora continúa con el reconocimiento nacional e internacional⁽³⁾.

La Joint Commission International (JCI), es la junta creada para realizar la evaluación a nivel internacional, genera estándares en los cuales se basaran las organizaciones a nivel mundial, para desarrollar autónomamente sus sistemas de calidad, su misión es: mejorar la seguridad y la calidad de la atención en salud en la comunidad internacional a través de la disponibilidad de educación, publicaciones, consultoría y evaluación de los servicios⁽⁵⁾.

En 1953 la Joint Commission publica el primer manual de acreditación, que se convierte en referencia internacional. Los sucesivos manuales introducen pequeñas modificaciones hasta 1970, en que los estándares se transforman de “mínimos” en “óptimos alcanzables”. En 1986 la Joint Commission inicia un cambio conceptual denominado la “Agenda para el Cambio”, pasando de estándares a funciones que definirán las actividades y procesos relevantes de cuyo desarrollo adecuado depende la calidad de la asistencia y sus resultados⁽⁶⁾.

La organización internacional que marca los estándares de calidad externos se denomina Organización Internacional de la Estandarización con sede en Ginebra y conocida por el acrónimo ISO. Esta organización elabora estándares para todo tipo de productos, los primeros fueron los productos eléctricos para facilitar la interconectividad de los aparatos. Nace con la segunda Gran Guerra como la International Office of Standards (ISO) para normalizar los productos y facilitar así el comercio internacional, y entre los años 2000 y 2001 entrará de manera específica en el sector sanitario⁽⁶⁾.

El European Foundation for Quality Management (EFQM - Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) nace en 1991 para introducir la gestión total en el entorno europeo, con el objetivo específico de mejorar las organizaciones, por eso la EFQM ha sido el estandarte europeo en gestión para la calidad. Tiene como objetivo ayudar a las organizaciones sin importar su fin social o comercial a conocerse mejor y en consecuencia, a mejorar en su funcionamiento apuntando a la calidad⁽⁷⁾.

La JCI define los estándares como: los requisitos que definen las expectativas de funcionamiento con respecto a la estructura, el proceso y a los resultados que deben estar sólidamente en un lugar apropiado en la organización para alcanzar la seguridad y la calidad para el cuidado del paciente. Establece características importantes como: infraestructura del sistema, enfoque en todas las funciones administrativas y clínicas que son importantes para una organización sanitaria, se centra en el paciente y su contexto familiar, busca un

equilibrio de los estándares de la estructura, los procesos y los resultados y pretende determinar expectativas óptimas, realizables y medibles ⁽⁵⁾.

JCI contienen muchos de los controles de calidad y del gobierno de los criterios ISO 9000. Los Estándares Internacionales de la JCI incluyen los criterios de la EFQM de Europa y Baldrige de Estados Unidos.

Todas estas instituciones, surgen como respuesta al evidente déficit a nivel mundial de la calidad, en el sector salud y también para trazar lineamientos que ayuden a mejorar las instituciones y el servicio que prestan. En la actualidad muchos países han evidenciado la necesidad de implementar programas de evaluación y acreditación de la calidad en los servicios de salud para alcanzar sus objetivos y realizar seguimiento de los mismos. Entre esos encontramos a Chile con la prestación de servicios de mejor calidad en el sistema de Salud de toda Latinoamérica y Colombia, con procesos muy diferentes pero que buscan el mismo fin.

En Colombia el Ministerio de la Protección Social (actual Ministerio de Salud), mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y cuenta con 25 entidades acreditadas y algunas en proceso en todo el territorio nacional.

La JCI emitió la cuarta edición de manual de estándares para acreditación, vigente a partir del 1 enero de 2011, en él se presenta la inclusión de varios estándares, cada vez más exigentes con especial énfasis en cuidado de paciente. De manera simultánea en Colombia se emitió la tercera edición de el manual de estándares, realizado entre los años 2008 y 2011 y aprobado por el Consejo de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud el 14 de julio de 2011 del Ministerio de la Protección Social, la elaboración del manual de acreditación en Colombia está basado en el manual propuesto por la JCI al igual que otros sistemas implementados en Suramérica, por ejemplo Chile. Los sistemas de estos dos países serán el objeto de este trabajo, que tiene como fin realizar una aproximación analítica para determinar si las características de estos estándares, su viabilidad en el contexto nacional y la calidad de los mismos, satisfacen el interés de mejorar el proceso de calidad de salud en Colombia o lo entorpece un poco más respecto a otro país de la región y lo establecido por el ente internacional.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES DE LA CALIDAD EN SALUD

1.1 Antecedentes de la Calidad

La calidad es un concepto que ha estado ligado a una serie de procesos en las sociedad desde sus inicios asociando su origen a épocas primitivas, donde la elaboración de la armas y demás utensilios estaban en continuo perfeccionamiento de su proceso de manufactura, lo que indica que a partir de las experiencias, el hombre siempre ha buscado depurar y garantizar la efectividad de sus productos.

Remontándonos a la edad media es allí donde se empiezan a marcar los productos con identificación de la persona que elaboraba y su responsabilidad en el proceso, es con la revolución industrial que los talleres comenzaron a realizar productos en serie masiva donde la especialización del trabajo y la necesidad de las fabricas de mejorar la calidad de los productos por lo que empiezan hacer uso de procedimientos para asegurar la calidad mediante la inspección del producto final.

Los procedimientos de la verificación de la calidad se ha ido perfeccionado sobre todo en los siglos XIX y XX, donde se le considera un proceso inherente y separado de la producción, estos procedimientos tuvieron su mayor perfeccionamiento en las industrias japonesas y norteamericanas.

Los primeros estudios sobre la calidad se hicieron en los años 30 antes de la Segunda guerra Mundial, la calidad no mejoró sustancialmente, pero se hicieron los primeros experimentos para lograr que ésta se elevara, los primeros estudios sobre calidad se hicieron en Estados Unidos en el año de 1933 por el Doctor W. A. Shward, de los Bell Laboratories.⁽⁸⁾

Durante la década de los 50's, época en que Estados Unidos tenía ocupado Japón, el modelo fue trasplantado a este país oriental, y ahí fue donde se desarrolló, en empresas japonesas con necesidad de incrementar su productividad para competir. Fue debido al éxito japonés que los norteamericanos recuperaron el modelo para implantarlo en sus empresas, buscando salir del bache económico en el que se encontraba su economía, y también tratando de hacer frente al agresivo comercio exterior japonés y europeo que tenía invadido su mercado.

La calidad tanto en Europa como en Japón y Estados Unidos detonó precisamente al terminar la segunda Guerra Mundial y justamente en este periodo fue cuando las naciones del mundo se organizaron para crear y elevar

los estándares de calidad, es por ello que el antecedente de la ISO esta precisamente ligado a hace 50 años, cuando entre 1950 y 1996 la calidad se convirtió en una mega tendencia en el mundo entero. El papel de los japoneses en el procedimiento de la calidad fue ciertamente muy importante, pero no fueron únicamente los japoneses los que invirtieron en el procedimiento de la elevación de la calidad, sino que de hecho Alemania inició un impulso nunca antes visto por elevar la calidad y convertirla en algo fundamental; en Estados Unidos Joseph Juran fue un detonador esencial para este desarrollo, a los nombres de Deming en Japón y Juran también en Japón debe agregarse el nombre de Phillip Crosby que inició en los años 60 una revolución de la calidad en Estados Unidos y el de Armand V. Feigenbaum, otro gran impulsor del control de calidad, es importante decir que el papel de Deming no fue conocido en Estados Unidos sino hasta 20 años después de sus pláticas en Japón.⁽⁸⁾

En 1947 se fundó en Ginebra, la International Organization for Standardization, (ISO), con la misión de garantizar la calidad de las organizaciones, mediante la elaboración de las denominadas Normas ISO. Con estas normas, las empresas certificadas pueden demostrar que trabajan conforme a procedimientos documentados, conocidos por toda la organización y sometidos a un seguimiento periódico. Las normas ISO han evolucionado a lo largo de los años adaptándose a los cambios y los tiempos. La familia de las normas ISO 9000-2000 se diferencian de las anteriores normas ISO (ISO 9000-1994) en su filosofía basada en los principios de excelencia.⁽⁹⁾

La Organización Internacional de Normalización o ISO, es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación (tanto de productos como de servicios), comercio y comunicación para todas las ramas industriales a excepción de la eléctrica y la electrónica. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones (públicas o privadas) a nivel internacional.

La ISO es una red de los institutos de normas nacionales de 164 países, sobre la base de un miembro por país, con una Secretaría Central en Ginebra (Suiza) que coordina el sistema. La Organización Internacional de Normalización (ISO), con sede en Ginebra, está compuesta por delegaciones gubernamentales y no gubernamentales subdivididos en una serie de subcomités encargados de desarrollar las guías que contribuirán al mejoramiento. Está compuesta por representantes de los organismos de normalización (ON) nacionales, que produce diferentes normas internacionales industriales y comerciales. Dichas normas se conocen como normas ISO y su finalidad es la coordinación de las normas nacionales, en consonancia con el Acta Final de la Organización Mundial del Comercio, con el propósito de facilitar el comercio, el intercambio de información y contribuir con normas comunes al desarrollo y a la transferencia de tecnologías⁽⁹⁾.

Aunque inicialmente el control de calidad se aplicó solo en el sector de la industrial, rápidamente se extendió al sector de la prestación de servicios incluyendo el sector salud, aunque dentro del entorno médico hay sectores que por sus características, más asimilables a la industria, tienen una mayor tradición en el empleo del control de calidad; como son los laboratorios de análisis clínicos (hematología, bioquímica o microbiología), o los bancos de sangre. Sin embargo las técnicas han sido utilizadas también en otros entornos, como puede ser por ejemplo en la monitorización de fallos en operaciones quirúrgicas, y su campo de aplicación está limitado tan sólo por nuestra imaginación, ya que cualquier actividad humana es susceptible de ser cuantificada y por tanto monitorizada para mejorar su calidad, desde el tiempo de espera de un paciente que acude a consulta, hasta el porcentaje de pacientes que cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito, o el mismo registro de datos en la historia clínica del paciente.

Ante la evidente necesidad de mejorar la prestación de los servicios de salud surge otra organización fundamental en el proceso de calidad en las instituciones y es la Joint Commission.

1.2 Joint Commission Internacional

La Joint Commission Internacional (JCI) fue fundada en el año 1951 como consecuencia de la fusión entre el Colegio Americano de Cirujanos, el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica de Canadá. ⁽⁵⁾

Es una organización independiente, sin ánimo de lucro, dedicada a la mejora de la calidad de la asistencia de las organizaciones sanitarias. Para llevar a cabo este objetivo evalúa, acredita, aconseja y establece los requisitos que han de cumplir los centros asistenciales. En 1990, la Joint Commission on Acreditación of Healthcare Organizations (como se denominaba en aquella época) incluye los principios del TQM (Total Quality Management) en un modelo orientado a evaluar la calidad asistencial. ⁽⁵⁾

La Joint Commission es la agencia americana de acreditación. Encabeza la Joint Commission Resources (JCR) y la Joint Commission International (JCI) y proporcionan: Educación, Entrenamiento, e-learning, Iniciativas para la seguridad de los servicios sanitarios, Consultoría, Acreditación Internacional.

Joint Commission Resources está afiliada a la JC y está formada por:

- Directorio Ejecutivo con miembros internacionales

- Comité de Acreditación con miembros internacionales
- Consejos Consultantes de miembros internacionales en Europa, Medio Oriente, Asia y en desarrollo en América Latina
- La división internacional es la JCI.

La misión de la JCI es mejorar la seguridad y la calidad de la atención en salud en la comunidad internacional a través de la disponibilidad de educación, publicaciones, consultoría, y evaluación de los servicios.

La JCI cuenta con una gran experiencia en acreditación de organizaciones sanitarias. El modelo JCI está basado en un proceso de evaluación externa independiente e imparcial, con estándares profesionales internacionales (16 países han colaborado en su aprobación) específicos del sistema sanitario, basada en el juicio entre pares, y que requiere una evaluación continuada (cada 3 años) y una puesta al día regular, introduciendo temas innovadores. En octubre de 1997 el Directorio Ejecutivo de la JC decidió crear la Acreditación Internacional.

Entre las iniciativas más importantes de la JCI se encuentran:

- Incrementar el reconocimiento de la acreditación por la OMS, el Banco Mundial, las compañías de seguros, los ministerios de salud y las corporaciones privadas
- Sistema de reporte de eventos adversos y una base de datos internacional
- Desarrollo de un sistema de monitorización como indicador internacional para hospitales acreditados
- Incorporar muchas de las “mediciones centrales” comunes de la JC así como de los nuevos indicadores internacionales
- Permitir a los hospitales acreditados por la JCI hacer “benchmark” de su funcionamiento con otros hospitales acreditados en EE. UU. y alrededor del mundo.

Con el fin de promover las iniciativas y cumplir su misión, la JCI desarrolla los conceptos y estándares para acreditación a partir de:

- Fuentes de información múltiples
 - Literatura científica
 - Evaluación de datos de acatamiento
 - Resultados de investigaciones
- Recomendaciones de expertos en el tema.
- Consenso del Grupo de Desarrollo
- Realizando revisión por expertos de diez países
- Seis grupos focales en diferentes regiones del mundo

- Panel de expertos en derechos del paciente y la familia
- Panel de expertos en manejo de la planta física
- Proceso de la evaluación probado en cinco países
- Aprobación final del grupo y del Directorio Ejecutivo

Los Estándares Internacionales de la JCI contienen todos los temas de estándares de la JC incluyendo los más nuevos relacionados con el manejo del dolor y los cuidados al final de la vida, JCI contienen muchos de los controles de calidad y del gobierno de los criterios ISO 9000 e incluyen los criterios EFQM de Europa y Baldrige de Estados Unidos. En este trabajo nos centraremos en los conceptos y estándares de acreditación de la JCI ⁽¹⁰⁾.

1.3 Acreditación y estándares JCI

La JCI define la acreditación como:

La acreditación es un proceso en el cual una entidad, separada y diferente de la organización de atención sanitaria, por lo general no gubernamental, evalúa la organización sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos (estándares) diseñados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención. Por lo general, la acreditación es voluntaria. Los estándares de acreditación son generalmente considerados como óptimos y alcanzables. La acreditación proporciona un compromiso visible, por parte de una organización, de mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente, asegurar un entorno de atención seguro y trabajar permanentemente para la disminución de riesgos, tanto para los pacientes como para el personal. La acreditación ha obtenido la atención mundial como evaluación efectiva de la calidad y como herramienta de gestión.

Para el 2010 Joint Commission da a conocer el nuevo manual con la inclusión de algunos estándares y mejoramiento de otros, para cumplir el objetivo general de este Trabajo solo

1.3.1 Características de los Estándares definidos por JCI

Si bien los estándares no son normas si deben contemplar varios aspectos fundamentales y de tener en cuenta lo siguiente:

- La infraestructura del sistema
 - Se enfoquen en todas las funciones administrativas y clínicas que son importantes para una organización sanitaria
-

- Centrados en el paciente y su contexto familiar
- que exista un equilibrio de los estándares de la estructura, los procesos y los resultados
- Determinen expectativas óptimas y realizables
- Determinen expectativas medibles

1.3.2 Componentes del funcionamiento y filosofía

Estructura: Recursos

Proceso: Actividades

Ejemplo: educación del paciente, evaluación por la enfermera

Resultados: todos deben ser medibles. Ejemplo: tasas de infección, mortalidad

Filosofía de la acreditación

- Estándares verdaderamente realizables
- Centrados en el paciente
- Culturalmente adaptables
- El proceso estimula la mejora continua

1.3.3 Metas de la acreditación

Es indispensable que todos los sistemas en calidad determinen unas metas y lineamientos concretos para que cumplan los objetivos, satisfaga las necesidades y permita ser medible en el tiempo. Las metas que establece la JCI son:

- Mejorar la atención y la seguridad del paciente.
- Reducir los costos y aumentar la eficacia.
- Aumentar la confianza pública.
- Mejorar o aumentar las fuentes de pago.
- Aumentar las posibilidades de incorporación a redes sanitarias y nuevos arreglos con el cuerpo médico.
- Mejorar la administración de los cuidados sanitarios.
- Proporcionar educación en las mejores prácticas.
- Aclarar las expectativas del funcionamiento hospitalario.
- Realzar la satisfacción y el reclutamiento del personal.
- Proporcionar información comparativa.

1.3.4 Definición de Estándares

Es importante tener clara la definición de estándar para apuntar de manera objetiva al planteamiento de los estándares del proceso de acreditación incluyendo los aspectos mencionados anteriormente

La JCI define estándar: como los requisitos que definen las expectativas de funcionamiento con respecto a la estructura, el proceso y a los resultados que deben estar sólidamente en un lugar apropiado en la organización para alcanzar la seguridad y la calidad para el cuidado del paciente.

1.3.5 Organización de los estándares

Los estándares se organizan en torno a las funciones importantes comunes de todas las organizaciones sanitarias. La organización funcional de los estándares es por el momento la más ampliamente utilizada en el mundo entero y ha sido validada por estudios científicos, pruebas y su aplicación.

Los estándares están agrupados por las funciones relacionadas con la prestación de atención al paciente y las relacionadas con la presentación de una organización segura, efectiva y bien manejada. Estas funciones se aplican a toda la organización, como también a cada departamento, unidad o servicio dentro de la organización. El proceso de evaluación reúne información sobre el cumplimiento de los estándares en toda la organización y la decisión de acreditación se basa en el nivel general de cumplimiento encontrado en toda la organización

Cada estándar contiene tres partes:

- El estándar
- Descripción de la intención
- El elemento medible que se registrará

368 estándares 1033 elementos medibles

La revisión de los estándares debe ser permanente para que siempre le apunten a lo indispensable en el proceso, la información y la experiencia relacionadas con los estándares se reúnen en forma permanente. Si un estándar ya no refleja las prácticas de atención sanitaria contemporáneas, la

tecnología comúnmente disponible, las prácticas de gestión de calidad, etc., será revisado o eliminado.

Actualmente los estándares son revisados y publicados al menos cada tres años. (Criterio JCI en desarrollo).

La JCI publicó su último manual de estándares de acreditación en enero 2011 y contempla los siguientes ítems como ejes fundamentales en el proceso de mejoramiento de la calidad

Estándares centrados en el paciente

- Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG)
- Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC)
- Derechos del paciente y de su familia (PFR)
- Evaluación de pacientes (AOP)
- Atención de pacientes (COP)
- Anestesia y atención quirúrgica (ASC)
- Gestión y uso de medicamentos (MMU)
- Educación del paciente y de su familia (PFE)

Estándares de gestión de la organización sanitaria

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)
- Prevención y control de infecciones (PCI) Gobierno,
- liderazgo y dirección (GLD)
- Gestión y seguridad de la instalación (FMS)
- Cualificaciones y educación del personal (SQE)
- Manejo de la comunicación y la información.

Este trabajo estará centrado en los estándares centrados en cliente asistencial y será detallado en el capítulo de estándares.

1.3.5 Requisitos para la Acreditación según JCI

Requisitos para la Acreditación según JCI

Para obtener la acreditación, las organizaciones deben demostrar un cumplimiento aceptable de todos los estándares y lograr una calificación numérica mínima en estos estándares. Por encima de este nivel básico de cumplimiento de los estándares, la calificación numérica de la organización indicará el nivel general de logro en el cumplimiento de los estándares. Las organizaciones acreditadas recibirán un informe final de acreditación y un

certificado de otorgamiento. El informe indica el nivel de cumplimiento de los estándares de JCI que logró la organización ⁽¹⁰⁾.

Una organización sanitaria que desee estar acreditada comienza el proceso de acreditación completando y entregando la solicitud para la evaluación. Este documento ofrece información esencial sobre la organización de atención sanitaria, incluida la titularidad de propiedad, datos demográficos y tipos y volúmenes de los servicios prestados.

La solicitud de evaluación:

- Describe la organización que procura obtener la acreditación
- Requiere que la organización entregue a JCI todas las historias clínicas e informes oficiales de las entidades habilitadoras, reglamentarias y demás organismos gubernamentales
- Autoriza a que JCI obtenga cualquier historia clínica e informe sobre la organización que la misma no posea.
- cuando JCI y la solicitante finalizan todos los requisitos y aceptan, establece los términos de la relación entre la organización y JCI.
- La organización sanitaria podrá realizar la solicitud en formato electrónico descargando un formulario

En la ilustración 1 cronograma del proceso de acreditación se identifica cada una de fases del proceso de acreditación ⁽¹¹⁾.



Ilustración 1 Cronograma del proceso de Acreditación JCI

1.4 Antecedentes de Acreditación en Chile

Cuba, Costa Rica y Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina, sin embargo aunado grandes esfuerzo y en el marco del sistema de salud de Chile se ha fortalecido el sistema de calidad en salud, articulándose con los entes internacionales encargados de los procesos de acreditación, todo esto con el fin de mejorar la prestación de los servicios de la población y satisfacer la necesidades de los mismos.

El Gobierno de Chile ha establecido como meta acreditar la calidad de los servicios de salud, a la mayor parte de los hospitales y centros privados de atención cerrada y abierta del país en los próximos años, como un primer paso para poder hacer efectiva la garantía de calidad prevista en el Sistema AUGE (Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, que garantiza el acceso oportuno a servicios de calidad) ⁽¹²⁾.

El Ministerio de Salud ha emprendido un 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.

La estrategia nacional de salud está constituida por nueve Objetivos Sanitarios para la Década 2011-2020, dentro de ellos está “Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas” a través de un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad”.

El sistema de salud chileno es su estructura y funcionamiento mantiene una configuración dividida en dos sectores, el publico y el privado; el sector publico está formado por todos los organismos que constituyen el sistema nacional de servicios de salud, su cobertura alcanza a llegar casi a toda la población de clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos. El sector privado cubre al restante de la población perteneciente a los grupos de clase alta, realiza los pagos directos de bolsillo a los proveedores privados de servicios de atención en salud. El ministerio de salud (MINSAL) de Chile tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud. Su tarea fundamental consisten en supervisar las actividades de las cinco organizaciones autónomas que componen al sector salud en este país, de igual forma el ministerio de salud es el encargado de dar los lineamientos y recomendaciones a las instituciones que realizan los procesos de acreditación en Chile, para lo cual en la ley N° 19937

de auditoría sanitaria publicada en el diario oficial del 24 de febrero de 2004 se modificó el artículo 4 del decreto ley N°2763 de 1979 estableciendo en su nuevo numeral 12 la función y potestad del ministerio de Salud de Establecer un sistema de acreditación” para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.⁽¹²⁾

Los avances en procesos de acreditación en este país, se iniciaron de manera contundente en el año 1990, con la acreditación en instituciones de salud que buscaban disminuir las infecciones intrahospitalarias, ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias y entre 2000 y el 2004 bajo los parámetros establecidos con el programas de evaluación de la calidad de la atención hospitalaria (PECAH) ha logrado un avance considerable en la acreditación de las diferentes instituciones de salud; en la actualidad el programa de evaluación de calidad de atención hospitalaria aun sigue siendo desconocido, lo cual conlleva a que cada institución de salud aborde y trabaje sus procesos de calidad en la creación de sus propios verificadores e indicadores en relación con lo que el ministerio de salud recomienda y exige, pero al revisar la norma de acreditación publicada en marzo de 2008, sobresale el alto nivel de exigencia demandado a cada centro asistencial lo cual implica un compromiso por parte de las diferentes entidades de salud para completar e implementar los diferentes procesos de acreditación, lo cual conlleva a la reafirmación del constante proceso de modernización en Chile.^{(13) (14).}

Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937 (Autoridad Sanitaria), en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.”(Art. 4°, b), Ley 19.966).en el capítulo de Acreditación de Chile se describe el marco normativo que muestra

Las más recientes innovaciones introducidas en el sistema de salud chileno tuvieron su origen en un conjunto de proyectos de ley enviados al parlamento en 2002:

- Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, que separa las funciones de provisión de servicios sanitarios y regulación del sector, fortalece la autoridad sanitaria y crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados
- Ley del Régimen General de Garantías en Salud, que crea un sistema de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de patologías prioritarias

1.5 Antecedentes Acreditación en Colombia.

Con el fin de dar cumplimiento a la constitución de 1991, que establece la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, surge la modificación en el Sistema Nacional de Salud con la Ley 100 de 1993, que crea el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Acreditación), como una guía a tener en cuenta por los organismos de acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud

se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC).

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003.

Aunque el proceso de Acreditación es voluntario en los actores del sistema de Salud y protección social, es importante rescatar que en la actualidad cada vez más instituciones han iniciado el proceso de Acreditación con mira al mejoramiento continuo de la calidad y políticas misionales enfocadas a la excelente prestación de los servicios.

CAPITULO 2 SISTEMA DE ACREDITACION EN SALUD COLOMBIA

2.1 Marco normativo del SOGC de la atención en Salud.

Partiendo de la Ley 100 de 1993, donde se crea el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y a su vez se establece en el Art. 227 de la misma el control y evaluación de la calidad de los servicios de salud, está igualmente determina que es facultad del gobierno nacional expedir las normas relativas a la organización del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios, también se instaura por primera vez la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186, que se reitera en el art. 42 de la Ley 715 de 2001 que enuncia; “Definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud” ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾.

Lo anterior da paso y origen a los procesos planteados hacia la prestación de los servicios en salud por la ley 100 de 1993 que será la primera forma estructural que regirá la salud del país, finalmente se define de acuerdo al decreto 1011 del 2006 que el SOGC es el proceso de normas requisitos y mecanismos por el cual el sector salud se desarrollara para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud a nivel nacional, orientándose a

mejorar los resultados de la atención en salud centrados a los usuarios acorde con los estándares internacionales. De la misma forma el SOGC se compone de cuatro estructuras básicas que orientaran a cumplir la norma base con respecto a la prestación del servicio ⁽²⁾.

Se compone de:

El Sistema Único De Habilitación: el cual controla el cumplimiento de las especificaciones básicas para la entrada y permanencia de las instituciones en el Sistema de salud con el fin de afianzar la seguridad de los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios “son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud”. ⁽²⁾

Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención De Salud: Estos deben ser acordes a la intensidad de los estándares acreditacionales, es la herramienta que orientara a los diferentes actores a implementar de manera adecuada los procesos de calidad ⁽¹⁷⁾.

Sistema único de acreditación: el cual junto con sus actores, estarán “destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.”, en el que se hará énfasis en el siguiente capítulo por ser el tema objeto del presente trabajo. ⁽²⁾

Finalmente el último de los componentes del SOGC es el Sistema para la información de la calidad: cuyo objetivo es hacer seguimiento de la calidad de los servicios, orientar el comportamiento de la población basados en la calidad de las instituciones y referenciar la competitividad de las mismas e incentivar la gestión basados en hechos y datos de los mismos.

2.2 Sistema unico de Acreditacion.

La acreditación es una de las estructuras que forma y evalúa a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia con el objetivo de verificar el cumplimiento de las especificaciones sobre los nuevos estándares de calidad internacional, centrados en la humanización y el respeto por el derecho de los pacientes, como herramienta gerencial para demostrar los altos niveles de calidad y compromiso con la atención en salud. Este, es un proceso voluntario con una metodología de evaluación externa, diseñada específicamente para el sector salud, el cual debe ser trazado y ejecutado por un ente no gubernamental que genera las principales características que orientaran a la mejora los resultados en la atención en salud más allá del manejo de la estructura o manejo documental ya instaurado, viéndose reflejado en la calidad y satisfacción del cliente.

Siendo un proceso voluntario, es indicado que las instituciones que deseen presentarse y ser acreditadas, deben tener un proceso previo avalado, con unos requisitos mínimos identificados en el manual de Acreditación como Requisitos de puesta de entrada ⁽¹⁸⁾.

Esta es una estrategia de mejoramiento continuo que involucra a la gerencia el primer nivel directivo y los profesionales de la salud, previo a la aplicación ante

el ente acreditador, la entidad debe estar habilitada ante el ente correspondiente sin ningún tipo de sanción en el último año.

Para mejorar y definir el proceso adecuado de acreditación, se divide en 3 grupos importantes que serán igualmente evaluados.

Grupo de Estándares del proceso de atención al cliente Asistencial

Grupo de Estándares de Apoyo Administrativos-gerencial

Grupo de Estándares de Mejoramiento de la calidad

2.2.1 Grupo de Estándares del proceso de atención al cliente Asistencial

Se determina como el proceso específico sobre la atención genérica de un paciente en una institución hospitalaria o ambulatoria, incluye algunos subgrupos de estándares que serán los ítems a evaluar en el proceso de acreditación.

Enfocada principalmente a la atención, derechos y seguridad del paciente. Está compuesta por los subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento y contra referencia. Finaliza con el subgrupo Sedes Integradas en Red, el cual incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud.

2.2.2 Grupo de Estándares de Apoyo administrativo – gerencial.

Incluye a los procesos gerenciales importantes en la organización y apoyo de los procesos asistenciales, incluye diferentes subgrupos de estándares entre los que se encuentran

Direccionamiento donde se plantea el trabajo a realizar por la organización en calidad del planeador.

Gerencia: donde se evidencia el trabajo de las unidades funcionales y el organismo de gobierno de las instituciones y su función clave dentro de la institución.

Gerencia del talento humano: garantizar el rol del talento humano en la institución, además de fomentar el empoderamiento del mismo para asumir las diferentes responsabilidades asignadas mejoramiento del proceso de direccionamiento estratégico.

Gerencia de la información: basado en la información necesaria para la toma de decisiones, además deben incluir los procesos que tengan en cuenta las necesidades del paciente y su familia y la comunidad. Importante identificar cuales serán los métodos para la estandarización de la información.
Planificación de gestión de la información

Ambiente físico: encontrar el desarrollo físico y estructural indicado para la atención asistencial incluyendo el manejo seguro del ambiente y el enfoque de riesgo, además se debe mantener el proceso de identificación adecuada de evaluación y gestión que asegure el ambiente físico institucional.

Gestión de la tecnología: se obtiene de la adecuada atención prestada al paciente con el respaldo de la gestión tecnológica orientada a la eficiencia la efectividad y la seguridad del paciente integrando la gestión, evaluación y planeación de la tecnología implementada.

2.2.3 Grupo de Estándares de Mejoramiento de la calidad

Este grupo de estándares se compone por cinco estándares de mejoramiento de la calidad que aplican a todos los procesos evaluados tanto en los estándares asistenciales como en los de apoyo. Busca primordialmente mantener el proceso de calidad enfocado al paciente en todos los ambientes previniendo que sea solo documentación de proceso, además exige la integración de todos los procesos de atención para mantener la calidad del servicio en condiciones de efectividad y eficiencia. ⁽¹⁸⁾

Los estándares de Mejoramiento continuo de la calidad (MCC) presentan como estándares evaluables, la planeación, herramientas de mejora, monitorización constante y continua del proceso, comunicación de los resultados, mantenimiento de los resultados durante el tiempo a partir de la transformación cultural y la aplicación de estrategias para la buena práctica.

2.3 Ruta Crítica ⁽¹⁹⁾

Se indica como ruta crítica, la series de pasos y actividades que se realizan en el periodo de tiempo en el que se aplica la mejora continua y la continuidad del certificado de acreditación como se observa en la ilustración 2 de ruta crítica

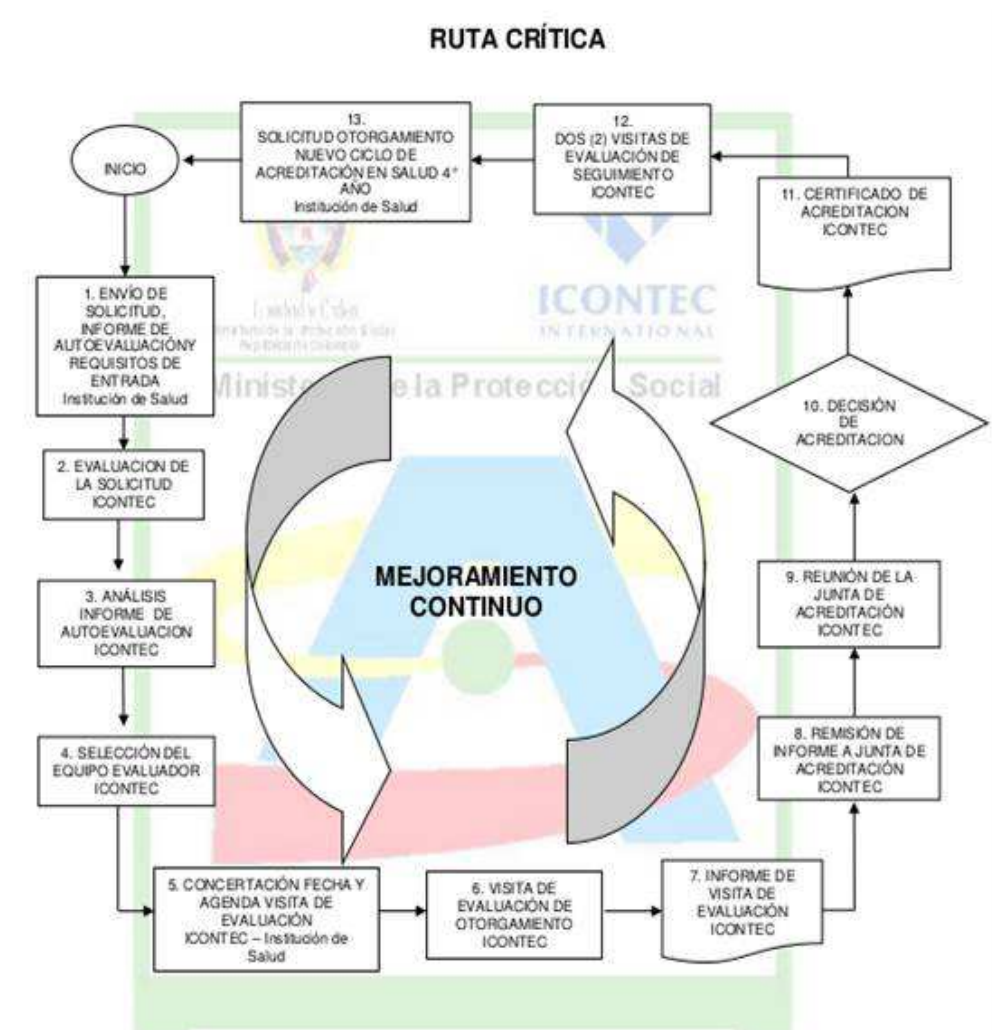


Ilustración 2 Ruta crítica para la acreditación en salud. Colombia.

2.3.1 Requisitos para la acreditación

Antes de realizar la acreditación, la institución debe estar habilitada previamente y tener vigente el certificado de verificación del cumplimiento de los estándares, expedido por la Entidad Territorial de Salud ⁽¹⁹⁾. Es importante que al iniciar el proceso de acreditación ya este planteada la fase de autoevaluación con un equipo institucional de evaluadores capacitados para la aplicación de los estándares institucionales para servicios médicos de apoyo ⁽²⁰⁾. Estos, entraran a evaluar la reestructuración determinando puntos frágiles e identificación de fortalezas.

Este trabajo exhaustivo debe permitir el mejoramiento de los procesos definidos en los estándares y la adopción de los mismos previo a la evaluación del ente

externo, previo se presenta un informe detallado de las actividades realizadas, las fortalezas halladas y las debilidades encontradas, además de su enfoque correctivo, como requisito a la aspiración de la acreditación, ante el ente evaluador externo que para el caso de Colombia es el Instituto Colombiano De Normas Técnicas (ICONTEC) para sustentar la evaluación propuesta.



Ilustración 3 Sistema de Mejoramiento Continuo

2.3.2 Proceso de Acreditación.

Posterior a la autoevaluación como prerrequisito para iniciar el proceso de evaluación por el ente externo para la acreditación, se realiza formalmente la solicitud e intención de ser evaluada para adquirir el reconocimiento como institución de alta calidad con enfoque a la atención a paciente y su familia.

Posterior a la presentación formal para la solicitud de evaluación, la cual incluye formatos específicos para el ICONTEC, posterior a esto se programa por parte del ente acreditador la fecha de evaluación la cual será avalada por la institución, en caso de ser objetada el ente acreditador propondrá otra fecha

que solo puede ser aplazada o corregida por acciones de fuerza mayor por el ente acreditador.

2.3.3 Evaluación

Finalmente durante la fecha preestablecida, el ente evaluador conformara el equipo observador que ingresara a la institución, cable aclarar que este equipo esta previamente preparado en la evaluación de los estándares que se evaluaran.⁽²¹⁾

El equipo se encuentra conformado por mínimo dos profesionales de la salud o un profesional de la salud y uno administrativo, esto con el fin de mantener personal idóneo capacitado y que pueda cumplir como “pares” acordes a la institución a acreditar, seguido a esto el ente acreditador enviara a los participantes del equipo copias de los documentos para el análisis y la planeación de la visita de evaluación.⁽²¹⁾

Durante la visita se verifica el grado de cumplimiento de las organizaciones frente a los estándares, inicialmente la visita incluye una reunión de apertura, entrevistas con los grupos autoevaluación, revisiones de documentos y aplicativos, recorridos institucionales, entrevistas con trabajadores, usuarios y familias y reunión de cierre de la evaluación, durante este proceso la institución debe estar en la capacidad de proveer las evidencias sobre los cumplimientos de la autoevaluación realizada interactuando con el responsable o líder del proceso por parte de la institución.

Finalmente posterior al proceso de visita, se realiza un informe por parte del equipo evaluador procesando los datos recolectados calificando los estándares, resaltando las fortalezas y generando las oportunidades de mejora para los trabajos de planes específicos, por último, la junta acreditadora del ICONTEC estudiará el informe y entregara su respuesta y clasificara la institución en cuatro categorías. Acreditado con excelencia, acreditado, acreditado condicionado (máximo por un período de 12 meses) y no acreditado.

Esto es radicado en la Junta directiva del ICONTEC y a partir de la fecha en la cual se realiza inicia el ciclo de acreditación por 4 años.

2.3.4 Seguimiento⁽²²⁾.

Posterior a la aprobación o respuesta entregada por el ente acreditador, se continuará con dos visitas mas en las que se evaluara las acciones tomadas con respecto a aquellas oportunidades de mejora identificadas durante el proceso de evaluación, para esto se realiza de forma similar a la primera vez

que se presentó la institución, un informe de autoevaluación durante el mes 13 y 28 posterior a la respuesta dada por el ICONTEC y durante el ciclo de 4 años de acreditación, en caso en el que la institución no presente los auto informes, la entidad acreditadora procederá a revocar la decisión tomada. Posterior a esto durante el último año de la acreditación, el proceso se retoma nuevamente para continuar con un nuevo ciclo de acreditación, si no se realiza, se retira la certificación de acreditación para el nuevo ciclo y la institución deberá aguardar 12 meses para un nuevo proceso.

Complementando de esta forma el ciclo de la acreditación,

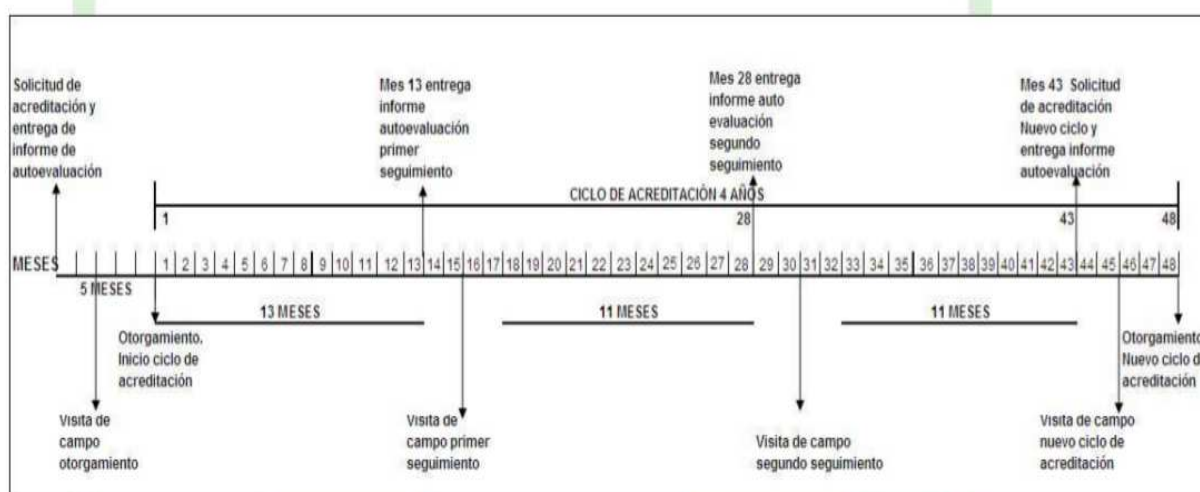


Ilustración 4 Ciclo de Acreditación

2.4 Estándares De Acreditación Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial ⁽¹⁸⁾

El manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario fue creado para facilitar el desarrollo y acogimiento del proceso de máxima calidad para las instituciones de salud, están enmarcadas bajo los procesos y actividades de la acreditación internacional, con lo que se busca preparar y mantener en la línea de formación y educación para una posible participación a nivel internacional de las instituciones que quieran presentarse en un futuro.

Este capítulo se orientara específicamente en los estándares del proceso de atención cliente asistencial pues es el principal estándar que evaluara la

atención e integración del paciente y su familia a la mejora de la calidad de los servicios de salud enfocado a la humanización de los servicios.

En el subgrupo de estándares se encuentran

- Derechos de los pacientes
- Seguridad del paciente
- Acceso
- Registro e ingreso
- Evaluación de necesidades al ingreso
- Planeación de la atención
- Ejecución del tratamiento
- Evaluación de la atención
- Salida y seguimiento
- Referencia y contra referencia
- Sedes integradas en red

De forma general cada ítem se enfoca y evalúa la atención específica al paciente desde el ingreso a la institución, su permanencia y todo lo referente a la prestación del servicio haciendo especial énfasis en el proceso de derechos y deberes del usuario. De manera particular también las funciones por parte de la institución como responsable del servicio y los procedimientos a realizar mientras el paciente se encuentre en su servicio, de la misma forma evalúa cada fase o estación por la cual pasa el paciente y si es necesario el traslado a otra institución la entidad también se encarga de brindar todo su plan de calidad hasta ser admitido en la siguiente institución.

Para entender de manera más específica cada uno de los ítems, se puede recurrir al manual de acreditación⁽¹⁸⁾, el cual genera de forma específica los criterios para los estándares a partir de la guía para la evaluación de los estándares de calidad para el servicio o la institución que se desee acreditar.

CAPITULO 3 ACREDITACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN CHILE ⁽²³⁾

3.1 Marco legal

La Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, publicada en el Diario Oficial del 24 de Febrero de 2004, al modificar el Artículo 4° del Decreto ley N° 2.763, de 1979, estableció, en su nuevo numeral 122, la función y potestad del Ministerio de Salud de “establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar”, esto es, para los establecimientos de salud debidamente autorizados por los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud respectivos. Dicha legislación se encuentra actualmente refundida y sistematizada con los principales cuerpos legales emanados del Proceso de Reforma a la Salud en el Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial del 24 de abril de 2006, en el cual se establecen los estándares mínimos que deberían cumplir los prestadores institucionales como Centros de atención que garanticen la calidad requerida para la seguridad del paciente ⁽²⁴⁾.

La antedicha disposición legal define expresamente lo que debe entenderse por “acreditación”, señalando que “se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento del estándar mínimo señalado en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones”. Esta norma hace referencia al numeral 11 del actual Artículo 4° del D.F.L. N°1, de 2005, del MINSAL, el cual señala que el Ministerio de Salud deberá “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”, describiendo las características y contenidos de los estándares mínimos, a saber:

- “Se fijarán de acuerdo al tipo de prestador institucional y a los niveles de complejidad de las prestaciones”,
- “Serán iguales para el sector público y el privado”,
- Fijarán 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 estándares “deberán ser establecidos usando criterios validados,

públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.

Asimismo, el N° 12 del Artículo 4° del actual DFL N° 1, ya citado, en su inciso segundo, encomienda a “un reglamento del Ministerio de Salud” la regulación de detalle del sistema de acreditación, fijándole algunos criterios básicos, tales como, que dicho reglamento deberá establecer “la entidad o entidades acreditadoras, públicas o privadas” encargadas de efectuar dichos procesos de evaluación, “su forma de selección” y “los requisitos que deberán cumplir” para ser autorizadas para ejercer tales funciones evaluadoras, así como también dicho reglamento deberá señalar “las atribuciones del organismo acreditador en relación con los resultados de la evaluación; la periodicidad de la acreditación; las características del registro público de prestadores acreditados, nacional y regional, que deberá mantener la Superintendencia de Salud; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.”

El antedicho marco legal del sistema de acreditación debe ser complementado por lo previsto en el Artículo 1213 del D.F.L. 1/2005 del MINSAL, antes referido, el cual establece las funciones y atribuciones de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud en materia de autorización de las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, de designación aleatoria de la entidad que desarrollará el proceso de acreditación, de fiscalización de las entidades acreditadoras respecto del cumplimiento de las normas que regulan los procesos de acreditación, así como de fiscalización de los prestadores institucionales acreditados respecto de la mantención del cumplimiento de los estándares por los que han sido acreditados. Por último dicha disposición establece la mantención por parte de la Superintendencia de Salud de un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras.

De acuerdo a la ley, sólo pueden someterse a la acreditación aquellos establecimientos que se encuentran debidamente autorizados para funcionar por la autoridad sanitaria competente, esto es, -y a partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 19.937- el Secretario Regional Ministerial de Salud, quien es considerado, en relación a esas materias, el continuador legal de los Directores de los Servicios de Salud (quienes hasta antes de la Reforma poseían dicha atribución)⁴.

El proceso de acreditación es una opción voluntaria para el prestador. Sin embargo, debe tenerse presente que la Ley N° 19.966, que regula el Régimen General de Garantías, al establecer la Garantía Explícita de Calidad dispuso que ella consiste en el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por parte de un prestador acreditado⁵, en la forma y condiciones que señale el Decreto Supremo que establece y regula las Garantías Explícitas. Y el Artículo

24, inciso final, dispone que “para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar acreditados en la Superintendencia de Salud.” De modo que, a partir de la entrada en vigencia de la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE, sólo los prestadores institucionales que se encuentren acreditados podrán otorgar las prestaciones que contempla dicho régimen. Además, la aplicación del sistema de acreditación a los prestadores institucionales constituye un requisito exigido por la ley para que un establecimiento de salud dependiente de un Servicio de Salud adquiera la condición de Establecimiento de Autogestión en Red.

3.2 Reglamento de acreditación

Con fecha 3 de julio de 2007 fue publicado en el Diario Oficial el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, donde se desarrolla y completa el marco legal antes referido (Decreto Supremo N° 15, de 2007, del MINSAL).

El Reglamento se divide en siete Títulos:

- Título I, contiene algunas definiciones operacionales básicas;
- Título II, se refiere a los Estándares de Calidad,
- Título III presenta la regulación de los requisitos y estructura de las Entidades Acreditadoras;
- Título IV regula la tramitación y fija requisitos del proceso de acreditación,
- Título V regula los aranceles que deben ser pagados a las Entidades Acreditadoras por los procesos de acreditación que ejecuten;
- Título VI establece la fiscalización del cumplimiento de toda la normativa de acreditación,
- Título VII está referido a la regulación de los registros públicos de entidades acreditadoras y de prestadores institucionales acreditados.

Los principales desarrollos normativos de este reglamento se refieren a los siguientes aspectos:

- Se explicita que los Estándares de Calidad serán establecidos mediante Decreto Supremo del Ministerio de Salud.
 - Distingue dos clases de estándares de calidad: “estándares generales” y “estándares específicos”. La validez y vigencia de la acreditación de
-

estándares específicos depende de la existencia o subsistencia de la acreditación por el respectivo estándar general.

- Se establece la posibilidad de que el prestador obtenga la calidad de acreditado con observaciones cuando los resultados del proceso de acreditación han sobrepasado el umbral que determina la no acreditación, pero no alcanzan para ser acreditado. La calidad de acreditado con observaciones se mantendrá mientras el prestador ejecuta un plan de corrección que debe materializarse en un plazo máximo de seis meses.
- La vigencia de la acreditación se fija en 3 años la que, si se hubiere solicitado la reacreditación oportunamente, se mantendrá vigente hasta por un plazo máximo de 5 años.
- Respecto de las Entidades Acreditadoras, el reglamento fija los requisitos para la obtención de su autorización para funcionar. En lo esencial, dichas normas exigen que la entidad que aspire a ser autorizada como acreditadora deba justificar ante la Superintendencia de Salud que posee las competencias técnicas imprescindibles para desarrollar adecuadamente la actividad acreditadora. Dicha autorización posee una vigencia de 5 años, es revocable y no se renueva automáticamente, debiendo, en el ínterin, informar a la Superintendencia sobre todo cambio relevante que sufra respecto de lo que fueron sus condiciones originales de autorización.
- En su Título IV, el reglamento regula la solicitud de acreditación, la selección aleatoria de la entidad que la ejecutará y el proceso de acreditación en sí mismo.
- Fija el monto de los aranceles que corresponda pagar a las entidades acreditadoras.
- Establece que, en caso de no existir una entidad acreditadora autorizada para evaluar el estándar de que trate la solicitud, la acreditación deberá ser realizada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente al territorio en que se emplaza el prestador.
- Establece que la función de la entidad acreditadora será la de contrastar las condiciones factuales del prestador con los estándares de calidad aplicables, a fin de determinar si los cumple o no.
- En el Título VI se regula la fiscalización de las normas de este reglamento, la que será llevada a cabo tanto por la Superintendencia de

Salud como por el Instituto de Salud Pública, según el tipo de prestador de que se trate.

- Por último, el Título VII regula las características generales de los registros públicos, tanto de carácter nacional como regional, que la Superintendencia deberá mantener, tanto de las Entidades Acreditadoras como de los Prestadores Institucionales Acreditados.

3.3 Requisitos para la acreditación

El proceso de acreditación es administrado por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y se inicia con la solicitud que presenta un prestador institucional de salud. En ella el prestador informa sobre sus características institucionales, objetivo sanitario y nivel de complejidad de las prestaciones que realiza; asimismo establece el tipo de estándares de acreditación por los que desea ser evaluado, información necesaria para la selección de la entidad acreditadora y para fijar el monto que deberá pagar a la entidad acreditadora que le será asignada.

La solicitud del prestador es evaluada, verificándose que cumpla con los requisitos para postular a la acreditación. Estos requisitos son: encontrarse con su autorización sanitaria vigente y haber realizado, durante el año previo a la solicitud, un proceso de auto evaluación de la calidad en la institución.

Verificado que el prestador institucional cumple los requisitos para postular, se procede a la designación de la entidad acreditadora que realizará la acreditación. Este proceso de selección es aleatorio, teniendo todas las entidades acreditadoras, vigentes y elegibles en la Intendencia de Prestadores, la misma probabilidad de ser seleccionadas en el sorteo.

Al momento de inicio del proceso de acreditación, la institución solicitante paga a la entidad acreditadora seleccionada el 50% del arancel que se le calcule de acuerdo a la estructura de costo arancelario establecido en el reglamento, quedando el 50% restante para materializarse al término del proceso completo.

Son elegibles para el proceso de acreditación los prestadores institucionales que han cumplido los siguientes requisitos:

Han solicitado formalmente, a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, ser sujetos del proceso de acreditación. En la solicitud consta la clasificación del tipo de establecimiento (atención abierta o atención cerrada) y la complejidad de sus prestaciones para efectos de acreditación (alta, mediana o baja complejidad según los criterios establecidos en el reglamento). Según sea el caso, esta solicitud debe contener los problemas de salud GES que atenderá y los estándares específicos por los que

solicita ser acreditado.

Tienen autorización sanitaria vigente, es decir han sido autorizados por la autoridad sanitaria respectiva con su rol asistencial y todas sus dependencias actuales.

La revisión del cumplimiento de este requisito considera la identificación del director técnico actual de la institución, la resolución de autorización sanitaria inicial de instalación y funcionamiento del establecimiento, y las resoluciones complementarias que dan cuenta de modificaciones a la autorización original, sea por ampliación del establecimiento o de prestaciones, cambio de director técnico, cierre de algún servicio o unidad, cambio de representante legal u otras.

Documentan que durante el año previo a la solicitud han realizado un proceso de auto evaluación de la calidad asistencial

La auto evaluación se define como un “proceso periódico y documentado de evaluación de las actividades de mejoría continua de la calidad que realiza la misma entidad que pretende acreditarse en lo relacionado con la seguridad de las prestaciones que otorga, que involucra la globalidad de los procesos de relevancia clínica de la institución entre otros procesos críticos, aquellos por los que postula a ser acreditado”. La auto evaluación puede ser realizada a través de entidades evaluadoras externas o localmente por profesionales de la misma organización.

El prestador institucional que desee optar a ser acreditado debe documentar que este proceso se llevó a cabo en un plazo no superior a un año antes de la solicitud de Acreditación.

El instrumento utilizado para realizar la auto evaluación debe contener como mínimo la evaluación de los mismos estándares que considera el presente documento. Los resultados de la auto evaluación deben estar consignados en un documento oficial de la institución que registre los estándares evaluados, las fechas entre las cuales se efectuó tal evaluación y sus responsables.

Para efectos de esta evaluación el prestador puede haber aplicado cualquiera de los programas de evaluación de la calidad asistencial actualmente usados en Chile, como el establecido en este manual, el Programa de Evaluación de Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH), así como los establecidos por la Asociación Chilena de Seguridad o la Joint - Comission.

3.4 El proceso de acreditación

Una vez definida la entidad acreditadora que se hará cargo de la evaluación,

ésta deberá fijar la fecha de inicio de la evaluación, siendo recomendable que consensue con el prestador institucional un plan de trabajo y un cronograma de ejecución del proceso de acreditación, que permita completarlo dentro del plazo reglamentario máximo de 30 días hábiles. Con el fin que el prestador se prepare para el proceso de acreditación, es recomendable que la entidad acreditadora informe al prestador interesado los detalles del trabajo que realizará en terreno. Se espera que el prestador disponga oportunamente de los documentos que le serán solicitados y coordine con sus profesionales las visitas a terreno del equipo acreditador.

En algunos casos la verificación de elementos medibles se puede realizar en diferentes servicios o unidades de la institución en proceso de acreditación y es el equipo evaluador el que debe tomar las decisiones relativas al lugar más indicado para realizar la verificación. En esta decisión influyen a los menos dos variables: la complejidad de los servicios que ofrece el prestador y el volumen de prestaciones realizadas.

Así, para la acreditación de establecimientos de atención cerrada de alta complejidad, hay verificadores que son aplicables de mejor forma a los servicios de alta complejidad, donde la probabilidad de eventos adversos es mayor, como es el caso de las unidades de pacientes críticos o servicios quirúrgicos complejos. Sin embargo en estos casos también resultará importante evaluar la gestión de los servicios ambulatorios del prestador, ya que si bien presentan una probabilidad menor de eventos adversos, se realizan en gran escala.

Una vez en terreno los profesionales de la entidad acreditadora deberán revisar documentos, visitar las diferentes dependencias, analizar datos de los sistemas de información disponibles, entrevistar a personas –funcionarios, usuarios, alumnos- y realizar otras actividades de verificación según lo indicado en este manual.

Es necesario señalar que el proceso de acreditación puede ser fiscalizado, en cualquier etapa o momento, por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, o por el Instituto de Salud Pública, según la naturaleza del prestador. Estos últimos también podrán fiscalizar el proceso una vez terminado y recabar las opiniones, percepciones, y sugerencias de parte del prestador recién sometido al proceso de acreditación, Estas se encargan de evaluar el cumplimiento de los requisitos normativos que solicitan el ingreso al sistema y además gestiona de forma aleatoria las entidades acreditadoras⁽²⁴⁾

Como se señala en el reglamento, las designaciones aleatorias de entidades acreditadoras se realizará los primeros y terceros lunes de cada mes. El reglamento fija una serie de plazos a las diferentes etapas del proceso de acreditación, los que se presentan sintéticamente en la tabla 1 (proceso de acreditación Chile). Es necesario señalar que estas etapas pueden

superponerse, por ello es que los plazos señalados en la tabla son aproximados.

Tabla 1 Proceso Acreditación Chile

Inicio	Plazo aproximado	Término
Solicitud de acreditación	Máximo un mes	Designación aleatoria de la entidad acreditadora
Designación aleatoria de la entidad acreditadora	5 días	Entidad acreditadora acepta o rechaza su designación
Entidad acreditadora acepta su designación	15 días	Prestador a acreditar paga a la entidad acreditadora 50% del arancel fijado. Entidad acreditadora informa fecha de inicio del proceso
Entidad acreditadora informa fecha de inicio del proceso	Máximo 90 días	Inicio del proceso de acreditación
Inicio del proceso de acreditación	30 días (prorrogables por igual período)	Término del proceso de acreditación
Término del proceso de acreditación	5 días	Informe de acreditación Pago del 50% del arancel por parte del prestador sometido a acreditación
Si el prestador es acreditado con observaciones	10 días	Prestador acreditado con observaciones presenta plan de mejora a la entidad acreditadora
Prestador acreditado con observaciones presenta plan de mejora a la entidad acreditadora	5 días	Entidad acreditadora acepta o rechaza el plan de mejora e informa a la Intendencia de Prestadores

3.5 Consideraciones generales ámbitos, características y elementos medibles

La 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).

Los ámbitos de acreditación expresan la situación esperable en cuanto a prácticas de calidad de la institución de acuerdo al nivel de desarrollo del país y a lo determinado como “apropiado” por la autoridad correspondiente para otorgar prestaciones de salud seguras a los pacientes.

Los ámbitos se han definido de acuerdo a la información científica disponible, las normas vigentes y el consenso de especialistas y se orientan preferentemente a establecer los niveles mínimos de seguridad de la atención que se brinda a los pacientes. No constituyen un análisis detallado de todos los procesos ni atenciones realizadas al interior de la institución.⁽¹²⁾

Los ámbitos abordan aspectos de estructura, procesos y resultados. El proceso de acreditación privilegia la evaluación de procesos y resultados por sobre los de estructura. Los estándares a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

- Respeto a la dignidad del trato al paciente
- Gestión de la calidad
- Gestión clínica o gestión de procesos, según sea el caso
- Acceso, oportunidad y continuidad de la atención
- Competencias del recurso humano
- Registros
- Seguridad del equipamiento
- Seguridad de las instalaciones
- Servicios de apoyo

3.6 Composición de los ámbitos

El proceso de acreditación requiere llegar a un nivel de análisis que permita verificar que las condiciones que hacen que se considere cumplido o incumplido un estándar lleguen a un nivel lo más desagregado u operativo posible.

Cabe destacar que los estándares se formulan como grandes declaraciones políticas con las que nadie podría estar en desacuerdo, de modo que cualquier gestor de salud a quien se le formulara la pregunta implícita en el estándar respondería afirmativamente. Distinto es medir el cumplimiento del estándar verificando que algunos elementos trazadores están vigentes en la institución.

3.6.1 El ámbito

Se expresa como el “deber ser” de la institución prestadora respecto de la materia a que éste se refiere. A modo de ejemplo el Estándar 1: Respeto a la dignidad del trato al paciente se expresa como: “la institución provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga”. Puede apreciarse que esta formulación contiene un nivel de agregación de múltiples factores que hace difícil su cuantificación para fines de evaluación; por ello en un primer paso los estándares se desagregan en componentes.

3.6.2 Los componentes

Constituyen el primer nivel de desagregación del estándar y proveen una orientación más fina de los elementos de evaluación que interesan para verificar el cumplimiento del estándar. Los componentes se definen como grupos

identificables de actividades que contribuyen en forma esencial a cumplir con la intención del estándar. Siguiendo con el ejemplo del Estándar

Respeto a la dignidad del paciente, los componentes son 5:

El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno. Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales efectos adversos, y se les solicita su consentimiento informado para someterse a ellos previo a su ejecución.

Respecto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.

El prestador institucional cautela que las actividades docentes que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato a los pacientes.

El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.

Puede apreciarse que van surgiendo elementos de análisis que no eran explícitos en la formulación del estándar. Así, ahora queda más claro que se busca que los pacientes siempre reciban un trato digno, que se les solicite su consentimiento informado, que se cumplan ciertos requisitos de trato a los pacientes cuando el prestador realiza docencia o investigación y que el prestador considere las cuestiones relativas a ética.

Un tercer paso de división es la definición de **características**. Mediante ellas se desagrega el componente en espacios menores de análisis, especificándose aún más lo que se busca evaluar. Siguiendo con el ejemplo, el componente “El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno” se descompone en las siguientes características:

- Existe un documento de derechos explícitos (carta de derechos de los pacientes).
- Existen políticas relativas a las condiciones de trato digno a los pacientes.
- El prestador utiliza un sistema de gestión de reclamos. Se aplica un programa de mejoría continua del trato al paciente

Para comprobar que efectivamente la característica está presente en la institución el sistema define **verificadores**, y cada uno de ellos cuenta con **elementos medibles**. Verificador puede ser un instrumento de difusión, un

plan, un programa, un sistema, un registro, un convenio, un documento u otro. Lo común de los verificadores es que son constatables y pueden ser observados por el evaluador en la visita.

Por su parte los elementos medibles son los requisitos que debe tener el verificador para ser considerado cumplido. En el ejemplo, el verificador de la característica “Existe un documento de derechos explícitos” es una carta de derechos de los pacientes donde debe establecerse como mínimo “no discriminación, respeto a la privacidad y pudor de los pacientes, respeto a la confidencialidad, acompañamiento de los pacientes por parte de sus familiares e información oportuna y suficiente para los pacientes o responsables”, todo lo cual constituye el primer elemento medible. Un segundo elemento medible es que este instrumento sea “fácilmente accesible, legible y comprensible”.

Los elementos medibles han sido agrupados en seis categorías o niveles de verificación. Cuando los seis niveles se cumplen significa que el prestador es capaz de demostrar que mantiene un sistema de evaluación periódica de sus acciones y que realiza acciones concretas de mejoría cuando los resultados de dicha evaluación son poco satisfactorios. En su forma más simple la exigencia se limita a que el prestador cumpla el nivel 1 o 2, documentando que existe un procedimiento establecido respecto a cierta materia y que existe al menos un responsable designado.

Los 7 niveles de verificación o cumplimiento son los siguientes:

Tabla 2 Elementos medibles

Elementos medibles
1. Existe un documento escrito sobre... (tema materia de la característica) y se han designado responsables de su aplicación.
2. Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del ... (tema materia de la característica), los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.
3. Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del ... (tema materia de la característica)
4. Se documentan decisiones adoptadas, en caso de incumplimiento de metas
5. Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas... (tema materia de la característica) (en caso de ser necesario).
6 Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad.(en caso de ser necesarias)
7.En visita en terreno se verifica directamente el cumplimiento de

CAPITULO 4. COMPARACION ENTRE ESTANDARES

Se establecieron algunos criterios importantes para evaluar los estándares aplicados para la acreditación en Chile y Colombia tomando como estándar los establecidos por la Joint Commission.

Los estándares que hacen énfasis en el componente; “cliente asistencial” son los evaluados para el caso de Colombia y en el caso de Chile; “Trato digno del paciente” tomando como referencia los publicados por JCI en su gran grupo; “estándares centrados en los pacientes”.

Aunque muchas de las características de los manuales de Chile y Colombia son tomadas del manual de la JCI, existen algunas diferencias que resultan importantes, especialmente para la medición y seguimiento de los indicadores del sistema de calidad de cada País.

A continuación se describe de manera detallada los aspectos que sugerimos como más relevantes para realizar la aproximación analítica de los sistemas de calidad de Colombia y Chile tomando como gold estándar, los emitidos por la Joint Commission descritos en párrafos anteriores.

4.1. Aspectos de la Acreditación en salud en Chile, Colombia y JCI

Tabla 3 Aspectos de la Acreditación en salud en Chile, Colombia y JCI

PAIS ITEM	COLOMBIA	CHILE	JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
ALCANCE DEL MANUAL	Hospitalario y Ambulatorio	Hospitalario	Hospitalario
Obligatorio voluntario	Voluntario	obligatorio	Voluntario
Grupo de estándares	Estándares del proceso de atención al cliente Asistencial Estándares de Apoyo Administrativos-gerencial Estándares de Mejoramiento de la calidad	Los estándares contenidos en los instrumentos de acreditación son los siguientes: Estándar Respeto a la Dignidad del Paciente (DP) 9 Estándar Gestión de la Calidad (CAL) 2 Estándar Gestión Clínica (GC) 17 Estándar Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC) 6 Estándar Competencias del Recurso Humano (RH) 7 Estándar Registros (REG) 4 Estándar Seguridad del Equipamiento (EQ)4 Estándar Seguridad de las Instalaciones (INS) 3 Estándar Servicios de Apoyo (AP) 5 Estándar Vigencia de la Autorización Sanitaria (AS)6	Estándares centrados en el paciente • Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG) • Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC) • Derechos del paciente y de su familia (PFR) • Evaluación de pacientes (AOP) • Atención de pacientes (COP) • Anestesia y atención quirúrgica (ASC) • Gestión y uso de medicamentos (MMU) • Educación del paciente y de su familia (PFE) Estándares de gestión de la organización sanitaria • Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS) • Prevención y control de infecciones (PCI) Gobierno, • liderazgo y dirección (GLD) • Gestión y seguridad de la instalación (FMS) • Cualificaciones y educación del personal (SQE)

PAIS ITEM	COLOMBIA	CHILE	JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
			• Manejo de la comunicación y la información.
Numero	Proceso de atención cliente asistencial 74	Grupo respeto a la dignidad del paciente 61	Grupo centrado en el paciente 81
Objetivo	En estos estándares se pretende señalar el camino lógico de la relación paciente - organización dentro de un proceso discreto de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia.	No hay un objetivo definido de estos estándares.	objetivos internacionales para la seguridad del paciente es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente Cada estándar tiene un objetivo.
ESTANDARES A ANALIZAR	Derechos de los pacientes Seguridad del paciente Acceso Registro e ingreso Evaluación de necesidades al ingreso Planeación de la atención Ejecución del tratamiento Evaluación de la atención Salida y seguimiento Referencia y contra referencia Sedes integradas en red	Respeto a la dignidad de pacientes y sus diferentes componentes. Paciente recibe trato digno. Información sobre procedimientos y consentimientos informados. Investigación en humanos Normalización de ensayos clínicos Condiciones de actividades docentes. Grupo de estándares de oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG) • Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC) • Derechos del paciente y de su familia (PFR) • Evaluación de pacientes (AOP) • Atención de pacientes (COP) • Anestesia y atención quirúrgica (ASC) • Gestión y uso de medicamentos (MMU) • Educación del paciente y de su familia (PFE)

PAIS ITEM	COLOMBIA	CHILE	JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
Requisitos Mínimos	Se habla en el manual de requisitos puerta de entrada, pero no están incluidos en el documento. Sin embargo está establecido que para acceder a la Acreditación en Salud se ha definido comorequisito el cumplimiento previo de la habilitación, el programa de auditoría y el sistema de información para la calidad, aparte la demostración explícita del cumplimiento de otras obligaciones legales importantes para la calidad de la atención, contenidas en normas relacionadas con el sistema obligatorio y que reglamentan elementos de estructura y proceso, tales como la resolución 4445 de 1996 sobre condiciones de infraestructura o la resolución 1995 de 1999 sobre historia clínica	Si están definidos, dentro del manual y son los siguientes: 1. Solicitud formal, a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud. 2. Tener autorización sanitaria vigente. 3. Documentar que durante el año previo a la solicitud han realizado un proceso de auto evaluación de la calidad asistencial	<ul style="list-style-type: none"> Describe la organización que procura obtener la acreditación Requiere que la organización entregue a JCI todas las historias clínicas e informes oficiales de las entidades habilitadoras, reglamentarias y demás organismos gubernamentales Autoriza a que JCI obtenga cualquier historia clínica e informe sobre la organización que la misma no posea. Cuando JCI y la solicitante finalizan todos los requisitos y aceptan, establece los términos de la relación entre la organización y JCI. La organización sanitaria podrá realizar la solicitud en formato electrónico descargando un formulario En el siguiente esquema tomado del portal de la http://es.jointcommissioninternational.org/en/es/New-to-Accreditation/ se identifica cada una de las fases del proceso de acreditación
Enfoque	Usuario	Usuarios	Usuarios
Características de los estándares	Basados en las características de la JCI	Basados en las características de la JCI	<ul style="list-style-type: none"> La infraestructura del sistema Se enfocan en todas las funciones administrativas y clínicas que son importantes para una organización sanitaria Centrados en el paciente y su contexto familia que exista un equilibrio de los estándares de la estructura, los procesos y los resultados Determinen expectativas óptimas y realizables Determinen expectativas medible

PAIS ITEM	COLOMBIA	CHILE	JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
Claridad en su evaluación	son indicadores claros con características medibles	son indicadores claros con características medibles	son indicadores claros con características medibles
ENFOQUE O COMPONENTES	<p>Respeto a los derechos de los pacientes. Conozcan cuáles son los deberes</p> <p>Reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad,</p> <p>La atención del paciente y su familia se realice de manera congruente con las características socioculturales individuales y consulte sus necesidades y expectativas sobre la atención</p> <p>Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones específicas de salud.</p> <p>Que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de educación sobre su enfermedad o condición de salud y con el propósito de obtener los resultados esperados de la atención.</p> <p>Que se evalúe la implementación del plan de cuidado y tratamiento para que el paciente obtenga los resultados esperados de la atención</p> <p>Que el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan</p>	<p>La institución provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga</p> <p>La institución cautela que el paciente reciba un trato digno actividades relacionadas con la gestión de los reclamos. Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales efectos adversos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución.</p> <p>Respecto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.</p> <p>La institución cautela que las actividades docentes que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.</p> <p>Prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.</p>	<p>los enfoques son muy puntuales y corresponder de manera adecuada a lo enunciado en el estándar, así que su enfoque es totalmente asistencial</p> <p>Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente (IPSG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC) • Derechos del paciente y de su familia (PFR) • Evaluación de pacientes (AOP) • Atención de pacientes (COP) • Anestesia y atención quirúrgica (ASC) • Gestión y uso de medicamentos (MMU) • Educación del paciente y de su familia (PFE)

PAIS ITEM	COLOMBIA	CHILE	JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
	de cuidados posterior alegreso Que al paciente que requiere ser referido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención en el lugar de referencia y, si es necesario, el regreso a la institución Que el paciente se beneficie de las acciones de mejoramiento de los procesos de cuidado y tratamiento.		
Nivel de exigencia (factibilidad)	si bien los estándares son claro y los criterios establecen claridad el objetivo, carece de un instrumento medible y no siempre le apunta al objetivo inicial	si bien los estándares son claro y los criterios establecen claridad el objetivo, carece de un instrumento medible y no siempre le apunta al objetivo inicial	estándares muy exigentes, completamente factibles, con instrumentos medibles que permiten evaluar de manera puntual la aplicación de los estándares
Desagregación	Estándar -Criterio	Ambiente-Componente-Característica-Verificador	Objetivos, requisitos, intenciones y elementos medibles

4.2. Elementos Comunes de los Sistemas

Tabla 4 Elementos Comunes de los Sistemas de Acreditación.

Elemento	JCI	COLOMBIA	CHILE
Estándares	Agrupados para evaluar criterio en común, con objetivos claros y elementos explícitos medibles	Plantea estándar y criterio	Agrupados con componentes específicos y el seguimiento se realiza a partir de la verificación con planes de mejoramiento.
Respeto al paciente	Todos los grupos de estándares incluyen un componente fuerte y evaluable acerca del respeto a los usuarios Grupo de estándares de derechos de pacientes	Relación de derechos y deberes en 7 criterios. Seguimiento y control	Definición de los derechos del paciente. Seguimiento de la satisfacción en el trato a lo pacientes
Planes de mejoramiento	Se evalúa a partir de elementos medibles muy puntuales en cada uno de los grupos de estándares	Se debe evidenciar planes de mejoramiento a partir de la satisfacción en el usuario. Presenta otro grupo de estándares para el mejoramiento	Es un estándar específico con indicadores medibles Se evidencia en todo los indicadores le necesidades de aplicar planes de mejora
Relación familia- paciente	Se encuentra un grupo de estándares llamado estándares del paciente y su familia: plantea varios subgrupos enfocado al respeto y dignidad del paciente.	Coincide en su contenido y estructura con el grupo de estándares	Enfocado al respeto y dignidad del paciente continuidad en la atención

4.3. Elementos exclusivos de los Sistemas de Acreditación

Tabla 5 Elementos Exclusivos de los sistemas de Acreditación.

ESTANDAR	JCI	COLOMBIA	CHILE
Estándares	Clasifica en un grupo de estándares de pacientes	En relación a pacientes se encuentra un grupo de estándares	El grupo de estándares relacionado con el paciente hace énfasis en la dignidad del paciente, algunos de los otros aspecto a tener en cuenta son contemplado en otros grupos de estándares
Medición	Son elementos medibles explícitos, aplicables y se encuentra para todos los estándares	Se establecen criterios y en ellos se plantea un elemento medible, pero no es explicito	Componentes con plan de mejora a partir de elementos de medición
Código de Ética	En términos medibles la aplicación de código de éticas.	Estándar específico con sus respectivos criterios	Se encuentra de manera implícita entre los estándares
Continuidad en la atención	Seguimiento en la prestación, ingreso e incluso traslado de los pacientes, se evidencia en elementos específicos y medibles.	Solo plantea evaluación y seguimiento de barreras de acceso	No hace énfasis en la continuidad
Enfoque	Orientado a la prestación del servicio en pacientes ambulatorios, por enunciar el componentes clientes asistencial	Completamente hospitalario	Completamente hospitalario.

5. ANÁLISIS COMPARATIVO

Al realizar una revisión de los manuales de acreditación entre Chile, Colombia y tomando como estándar la Joint comisión, se encontró una serie de elementos en común y otros que no guardan relación.

Entre los criterios en común se encuentra, un grupo de estándares asociados a la atención del paciente y la prestación de calidad a partir de la aplicación de altos estándares establecido por cada uno de los sistemas de acreditación, el centro siempre será el paciente y todo los proceso inherentes a la prestación del servicio, el sistema en el caso específico Colombiano presenta unas características importante planteada como características del Sistema Obligatorio de garantía de calidad que son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Características que de una u otra forma se evidencian en Chile y la JC y convierten al sistema en un instrumento más eficaz.

La piedra angular de un proceso de acreditación y su principal objetivo es el mejoramiento continuo, por eso es fundamental que se incluya en los sistemas de acreditación para cualquier institución, en los tres sistemas analizados lo planes de mejoramiento se generan a partir de una serie de criterios o indicadores (en al caso de Chile y JC), a pesar que están incluidos algunos de ellos se dejan para ser implementado por cada institución.

En los sistemas de salud no se puede ver al paciente de manera individual, es importante observar su entorno y los diferentes determinantes, de esta misma manera las instituciones que realizan la prestación del servicio deben contemplar el entorno de sus pacientes o mejor su relación paciente- familia y viceversa. En los tres sistemas de acreditación se contempla la relación cliente o paciente – familiar como un factor determinante en el proceso asistencial por eso se trazan una serie indicadores o criterios.

En cuanto a las diferencias, se encuentran algunos cambios en forma y planteamiento de los sistemas de acreditación, pero sus contenidos resultan muy similares con algunas observaciones que es importante mencionar.

- a. La principal y más significativa es la ausencia de indicadores explícitos en el sistema Colombiano, para cumplir los objetivos planteados por el sistema de acreditación a implementar es vital la medición de los procesos y la única manera de hacerlo es a partir de la aplicación de

indicadores. La JCI y el sistema de Chile en todos sus grupos de estándares plantea una serie de criterios e indicadores muy puntuales según el proceso, sin embargo se debe enmarcar que todo busca la implementación de planes de mejora.

- b. El sistema de acreditación en Colombia es voluntario y la acreditación por la JCI también, pero en Chile esta dentro del marco normativo, es decir todas las instituciones de salud deben tener altos estándares de calidad.
- c. Si bien los grupos de estándares se encuentran agrupados según la necesidad o un énfasis no se puede dejar de lado algunos aspectos claves; en el sistema Colombiano el manual es para pacientes hospitalarios y ambulatorios pero hay muchos factores que se quedan por fuera especialmente para el manejo de pacientes hospitalizados, es decir el manual tiene un enfoque ambulatorio pero aplica a los dos tipos de usuario, para la JCI y Chile es solo para hospitalizados, esto resulta demasiado asertivo, ya que el tipo, condiciones, acceso, pertinencia y demás necesidades del paciente ambulatorio es diferente sin restarle importancia respecto al paciente hospitalizado.
- d. A pesar que se menciona la continuidad en la atención, quedan algunos aspectos por fuera especialmente en el caso de Chile que no es mencionada y en el caso de Colombia hay pocas condiciones que aseguren la continuidad en la prestación y se agudiza con la carencia de indicadores explícitos a pesar que si hay una serie de criterios muy específicos.

Sería interesante determinar la evolución y evaluar los sistemas de salud, desde una óptica de calidad para determinar algunos parámetros y un estado del sector, sin embargo no resultaría nada difícil evidenciar la gran herramienta, para la alta gerencia y el sector salud.

6. CONCLUSIONES

Garantizar el acceso de la población a los servicios de Salud en condiciones de eficiencia y calidad, requiere de atención permanente, sin importar las condiciones de los usuarios o su capacidad de pago, por eso resulta indispensable revisar todo el modelo prestacional y los factores determinantes para cubrir la demanda en la población con servicios de alta calidad sin importar el grado de complejidad del mismo. Por esta razón es fundamental que los modelos gerenciales en las instituciones de salud, que resulta complejos frente a los retos permanentes, se articulen de manera positiva en el marco normativo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, que pasa de ser una obligación del sistema a una gran herramienta gerencial.

Al evaluar de manera objetiva el sistema de calidad y de manera particular el componente de acreditación, podemos determinar que es una herramienta de gran apoyo para la alta gerencia, que la metodología de seguimiento y mejoramiento continuo de los diferentes procesos, genera cultura de calidad y pertenencia de los funcionarios e incluso a los usuarios, pero este no es un concepto nuevo, es desde los inicios de los sistemas de calidad, por eso se establece en los Manuales de acreditación en Salud de la Joint, Chile y Colombia lo que confirma que si favorece el la ejecución de las obligaciones o compromisos gerenciales.

Colombia cuenta con 26 Instituciones Prestadores de Servicios en el territorio nacional acreditadas, otras en proceso, pero todas como mínimo habilitadas por exigencia de la Resolución 1043 de 2006, esto asegura que al menos se cumplen con algunos estándares de calidad mínimos, criterios que se vuelven más exigentes en la Resolución 1441 de 2013.

La mayor parte de los países en América del Sur han tomado como base para generar sus estándares de acreditación en salud, a instituciones de reconocimiento mundial, con trascendencia, con experiencia y sobre todo con conocimiento del sector un ejemplo claro es; Joint Commission o la Organización Internacional de estándares.

La diferencia en cuanto a componentes o criterios de los estándares empleados en los dos países, no es muy marcada, pero si resulta significativo y sobre todo muy representativo la ausencia parcial o la ambigüedad de los elementos medibles, especialmente con el caso de Colombia, en comparación con los estándares establecidos por la Joint Commission. La JCI en su último manual

es más exigente y tiene dos grupos de estándares centrado en los pacientes y estándares centrados en la organización, la primera parte no deja de lado ninguno aspecto de la prestación y fija de manera puntual los elementos medibles, un modelo parecido de seguimiento plantea el sistema de Chile con planes de mejoramiento permanente.

Se observa una mayor ventaja para la interpretación y entendimiento de los estándares de acreditación, cuando estos son vistos desde la perspectiva Cliente Asistencial, ya que permite identificar al paciente o usuario del servicio como el centro y la razón de ser de los sistemas de salud, en donde independientemente del nivel de complejidad de la institución que se acredita, el nivel exigible de Calidad es el mismo; contrario a lo que sucede cuando el enfoque de los estándares es por servicio, en donde de acuerdo a la complejidad se establecen el numero de estándares de acreditación.

El sistema de Salud de Chile es muy similar al colombiano, sin embargo Chile se caracteriza por tener uno de los mejores sistemas de Salud en América Latina y se la atribuye a su proceso de Calidad. Chile presenta mayor exigencia en los estándares, elementos medibles y planes de mejoramiento por cada estándar y un factor importante es la obligatoriedad en la acreditación para las instituciones en Chile.

El éxito y el objetivo de los Sistemas de Calidad es el mejoramiento continuo, a partir de la evaluación de elementos medibles es decir indicadores, sin embargo es en este punto donde los criterios deben ser objetivos, explícitos y con características medibles para que se pueda realizar seguimiento, el sistema de acreditación e Colombia presenta 74 estándares dentro del grupo asistencial y 4 estándares para el mejoramiento dentro del mismo grupo, los criterios dentro del grupo deber ser completamente medibles y enfocado a la mejora continua como lo plante la Joint Commission.

En el caso de Colombia el pasado 6 de Mayo de 2013, se reglamentó el nuevo manual de estándares para la habilitación Resolución 1441 de 2013, para las instituciones prestadoras de salud y está cada vez más cerca a las exigencias de los estándares para la acreditación y aunque no es tema de esta monografía resulta importante resaltar los avances que se presentan en el sistema de calidad en el sector salud en nuestro país. Es recomendable que Colombia siga avanzando hacia el mejoramiento continuo de la Calidad de su sistema de Salud, tomando como referente elementos de acreditación de países con mayor madurez, como es el caso de Chile, pero sin desconocer las características propias de su entorno y cultura.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. ICONTEC. [Online]. [Cited 2012 October. Available from: HYPERLINK "<http://www.acreditacionensalud.org.co>"
<http://www.acreditacionensalud.org.co>.
2. Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud. In Decreto 1011 de 2006.
3. D J. El hospital, Información para el desarrollo de la salud en Latinoamérica. [Online]. [Cited 2012 November.
4. | LA. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. [Online]. [Cited 2012 November. Available from: HYPERLINK "<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81715089014> "
5. The Joint Commission International. Joint Commission. [Online]. [Cited 2012 November. Available from: HYPERLINK "<http://www.jointcommission.org.>" <http://www.jointcommission.org>.
6. Vitaller J AJ. Escuela Valencia para estudios de la salud. Valencia (Esp). In http://www.eves.san.gva.es/c/document_library, editor. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria... España; 2003. p. 17-20
7. Objetivo de la Fundación europea para la Gestión de la Calidad. [Online]. [Cited 2012 November. Available from: HYPERLINK "<http://www.efqm.org/en/tabid/159/default.aspx>."
8. Herrera IC. Historia de la calidad. In MODELO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD.; 2010. p. 28-29.
9. Organización Internacional de Normalización. International Organization for Standardization ISO. [Online]. [Cited 2013 Enero. Available from: HYPERLINK "<http://www.iso.org/iso/home.html>"
<http://www.iso.org/iso/home.html>
10. Joint Commission International. Estándares de acreditación Joint Commission International. [Online]. 2012 [cited enero 2013. Available from: HYPERLINK "<http://es.jointcommissioninternational.org/>"
11. Joint Commission International. Estándares de Calidad. [Online].; 2012 [cited 2013 Ferber. Available from: HYPERLINK "<http://es.jointcommissioninternational.org/enes/New-to-Accreditation>
12. Instituto Técnico para la acreditación De establecimientos de Salud. [Online]. [cited febrero 2013. Available from: HYPERLINK "<http://www.itaes.org.ar/>" <http://www.itaes.org.ar/>

13. Universidad de Chile. Sistema de Acreditación en Chile. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril. Available from: HYPERLINK "http://www.medichi.cl/descargas/Gestion_Calidad_Acreditacion_Servicios_Salud%20_Atencion_Cerrada.pdf"]
14. Aretxabala X. Oportunidades y desafíos en el sistema de la salud. [Online].; 2008 [cited 2013 Abril. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008001200015&script=sci_arttext"]
15. Sistema de Seguridad Social integral en salud, Ley 100 de 1993 de 3 de Diciembre. (Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. 69-70)
16. Sistema General de Participación. Ley 715 de 2001. Diario Oficial No 44.654 de 21 de diciembre de 2001
17. Ministerio de la Protección Social. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Bogotá; 2007
18. Ministerio de la Protección Social. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia. Bogotá; 2012.
19. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC. Proceso para la Acreditación en salud Ruta crítica Bogotá; 2012
20. Cumplimiento de los estándares de acreditación en la ESE centro 1, punto atención cajibío 2012, Benavidez Kelly, Ortiz Stella, Urbano Ruiz Astrid
21. Ministerio de Salud, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Guía de implementación para la Acreditación. <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/5b04bd9e9950e354e04001011f011397.pdf>.
22. Ministerio de la Protección Social, Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, Guía Práctica de preparación para la acreditación en salud [online] [cited 2013] Available from <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>
23. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud, "Manual de acreditación de prestadores institucionales" marzo 2008, Chile
24. Vasques, M. Soledad, Superintendencia de Salud, Acreditación de calidad en salud [online] [cited marzo, 2013] Available from <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b644fa9a8af8d5cce040010164011221.pdf>