

PROPUESTA DE NUEVO MODELO DE ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA

PROPUESTA DE NUEVO MODELO DE ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA

INSTITUCIÓN

Superintendencia de Salud · Gobierno de Chile

AÑO

2026

ELABORACIÓN

- Consejo Asesor (Res. Exenta SS N°463)
- Comisión Técnica (Res. Exenta IP N°5373)

COORDINACIÓN

Intendencia de Prestadores de Salud
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Información de Contacto

Teléfono: 600 836 9000

Dirección: Alameda 1449, Torre 2, Local 12, Santiago

Metro La Moneda

Horarios: Presencial L-V 9:00-14:00 · Telefónica L-V 9:00-16:00

www.supersalud.gob.cl

**PROPUESTA DE NUEVO MODELO DE
ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA
PRESTADORES INSTITUCIONALES
DE ATENCIÓN CERRADA**

RESUMEN EJECUTIVO

PROPUESTA DE NUEVO MODELO DE ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA

Esta propuesta sienta las bases para la transformación del Sistema Nacional de Acreditación, orientándolo hacia un modelo humanizado, centrado en las personas y con énfasis en resultados sanitarios medibles.

Contexto

Desde 2009, el estándar de acreditación ha posicionado la calidad y seguridad como prioridad sectorial. Tras más de 15 años de implementación exitosa, surge la necesidad de evolucionar hacia un enfoque que ponga a las personas en el centro de la atención, incorporando la experiencia del usuario y los resultados sanitarios como ejes fundamentales.

Objetivos

- Sistema de evaluación centrado en personas y resultados sanitarios.
- Nueva metodología de evaluación de calidad técnica y percibida.
- Fortalecimiento de la seguridad en las atenciones.
- Transparencia de resultados hacia la ciudadanía.

Modelo conceptual

El nuevo modelo integra tres líneas de procesos:

- Estratégicos: Gobernanza y liderazgo institucional.
- Claves: Atención intrahospitalaria, quirúrgica, parto, oncología.
- Soporte: TI, infraestructura, farmacia, nutrición, esterilización.

Líneas estratégicas

1. Marco de gobernanza con compromiso ACP.
2. Procesos trazadores de atención.
3. Experiencia de las personas en su ruta de atención.
4. Resultados sanitarios transparentes y comparables.
5. Sistema de mejoramiento continuo.

Cifras destacadas

Indicador	Valor
Prestadores acreditados (dic. 2025)	256
Con segunda acreditación	92%
Indicadores de resultado propuestos	12

Próximas etapas

- Validación de contenidos y avance en desarrollo de componentes y ámbito proyectado.
- Diseño metodología de evaluación.
- Definición de reglas de decisión.
- Aplicación de piloto y consulta pública.
- Evaluación cambios normativos.
- Plan de implementación gradual.

PRÓLOGO

La calidad en salud constituye un pilar fundamental del derecho a la protección de la salud que asiste a todas las personas en nuestro país. Es con profunda convicción que presentamos esta propuesta de transformación del Sistema Nacional de Acreditación.

Desde la implementación de la garantía de calidad como parte de la Reforma de Salud del año 2004, Chile ha recorrido un camino significativo en la instalación de una cultura de calidad y seguridad en los prestadores institucionales de salud. Hoy, con 256 prestadores de atención cerrada acreditados y un sistema reconocido a nivel latinoamericano por su solidez y credibilidad, nos encontramos en un momento propicio para dar un nuevo paso evolutivo.

La presente propuesta recoge el aprendizaje de más de quince años de implementación del sistema de acreditación y responde al llamado de poner verdaderamente a las personas en el centro de la atención de salud. No se trata solo de cumplir con estándares técnicos, sino de transformar la manera en que concebimos y entregamos los cuidados de salud.

“La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud, para las personas y las poblaciones, aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal.” — Organización Mundial de la Salud

Este nuevo modelo incorpora dimensiones que hoy son esenciales: la humanización de la atención, la experiencia de las personas en su ruta de cuidados, la gestión proactiva del riesgo, la medición de resultados sanitarios y la transparencia hacia la ciudadanía. Todo ello, sin abandonar los logros alcanzados en materia de seguridad del paciente.

Agradezco profundamente el trabajo del Consejo Asesor y la Comisión Técnica, quienes con su experiencia y compromiso han hecho posible esta propuesta. Su participación representa la mejor tradición de colaboración público-privada y el aporte de la academia, las sociedades científicas y la sociedad civil.

Invito a todos los actores del sistema de salud a sumarse a este proceso de transformación, con la certeza de que juntos podemos construir un sistema de salud más humano, seguro y centrado en las personas que servimos.

Dr. Víctor Torres Jeldes



GLOSARIO

Acreditación: Evaluación externa del cumplimiento de estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud, cuyo resultado está vinculado a la instalación de una cultura de calidad en las organizaciones.

Atención Centrada en las Personas (ACP): Enfoque de atención que responde a las preferencias, necesidades y valores individuales de las personas, considerándolas como seres humanos integrantes de una familia, comunidad y entorno de cuidadores.

Evento adverso: Daño no intencionado causado a un paciente como resultado directo de la asistencia sanitaria y no relacionado con la evolución natural de su enfermedad.

Evento centinela: Suceso inesperado que produce muerte o lesión física o psicológica grave, o el riesgo de que se produzca, y que requiere investigación y respuesta inmediata.

Experiencia usuaria: Percepción y valoración de las personas respecto a su trayectoria a través del proceso de atención de salud, incluyendo aspectos técnicos, relacionales y emocionales.

Garantía de calidad: Garantía explícita establecida en la Ley N°19.966 que asegura el otorgamiento de prestaciones de salud por un prestador registrado o acreditado.

Humanización: Personalización de la asistencia escuchando lo que necesitan las personas y familiares, convirtiendo esto en un proceso clínico donde la actitud humanizada es lo fundamental.

Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS): Infecciones que se adquieren mientras se recibe tratamiento médico por otra condición y que no estaban presentes ni en incubación al momento del ingreso.

Indicadores de resultado: Mediciones cuantificables que permiten evaluar el impacto de la atención en la salud de las personas, incluyendo resultados sanitarios y de experiencia usuaria.

Mejora continua: Proceso sistemático de identificación de oportunidades de mejora e implementación de acciones que excedan las expectativas de las comunidades y personas.

NPS (Net Promoter Score): Indicador de satisfacción usuaria que mide la probabilidad de que una persona recomiende el servicio de salud recibido.

Procesos claves: Procesos directamente vinculados a la entrega del servicio final a las personas, donde se materializa el encuentro entre las personas y la atención de salud.

Procesos de soporte: Procesos que apoyan los procesos claves, asegurando que estos puedan ejecutarse de manera eficiente y eficaz.

Procesos estratégicos: Procesos esenciales que establecen las líneas estratégicas responsables de generar valor para las personas usuarias, familiares, cuidadores, personal y comunidad.

Procesos trazadores: Procesos clínicos claves seleccionados para evaluar la calidad y seguridad de la atención desde la perspectiva técnica y de experiencia de las personas.

Segundas víctimas: Profesionales de salud que se ven afectados emocional y psicológicamente tras un evento adverso en el que participaron.

La Superintendencia de Salud expresa su más sincero reconocimiento a quienes conformaron el Consejo Asesor y la Comisión Técnica, cuyo trabajo ha sido fundamental para el desarrollo de esta propuesta.

CONSEJO ASESOR

(Constituido por Resolución Exenta SS N°463, de 02.05.2023)

Nombre	Cargo	Institución
Dr. Víctor Torres Jeldes	Superintendente de Salud (Preside)	Superintendencia de Salud
Carola Orrego	Directora Instituto Universitario Avedis Donabedian	Universidad Autónoma de Barcelona
Natalia Hreczuch	Coordinadora	Planetree América Latina Sur
Dr. Enrique Ruelas Barajas	Representante	Consorcio Latinoamericano de Innovación, Calidad y Seguridad en Salud (CLICSS)
Dr. Osvaldo Artaza Barrios	Decano Facultad de Medicina	Universidad de Las Américas · Ex Ministro de Salud
Dra. María Soledad Barría Iroumé	Ex Ministra de Salud	
Dr. José Concha Góngora	Ex Intendente de Prestadores de Salud	Superintendencia de Salud
Dr. Julio Montt Vidal	Ex Subsecretario de Redes Asistenciales	
Dr. Alberto Dougnac Labatut	Decano Facultad de Medicina y Subsecretario de Redes Asistenciales	Universidad Finis Terrae

COMISIÓN TÉCNICA

(Resolución Exenta IP N°5373, de 30.11.22, modificada por Resolución Exenta IP N°2505, de 06.06.2023)

Nombre	Cargo	Institución
Carmen Monsalve Benavides	Presidenta y Coordinadora	Ex Intendente de Prestadores de Salud
Hugo Ocampo Garcés	Ministro de Fe y Asesor Jurídico	Encargado Unidad de Regulación, Intendencia de Prestadores
Dra. Begoña Yarza Sáez	Presidenta	Sociedad Chilena de Calidad Asistencial (SOCCAS), Directora Instituto Nacional de Tórax
EU. Giesela Schweizer Hernández	Presidenta Comité Atención Centrada en las Personas	SOCCAS
Dra. Liliana Escobar Alegría	Presidenta del Consejo Médico	Clínicas de Chile A.G.
Dr. Bernd Oberpaur Wilckens	Integrante del Consejo Médico	Clínicas de Chile A.G., Director Clínica Alemana Santiago
Dra. Liliana Jadue Hund	Vicedecana de las Carreras de la Salud	Universidad del Desarrollo
Dr. Mario Parada Lezcano	Profesor Titular Escuela de Medicina	Universidad de Valparaíso · Colegio Médico Regional
Dr. Rodrigo Poblete Umanzor	Director de Calidad y Gestión Clínica	Red UC Christus · Pontificia Universidad Católica de Chile
Camila Silva Medina	Jefa Depto. Mecanismos de Pago - GRD	FONASA, División de Comercialización
Dr. Patricio Nercelles Muñoz	Representante Legal	Entidades Acreditadoras
Beatriz Moscoso García	Representante ASODI	COSOC Superintendencia de Salud
Dra. Yamileth Granizo Román	Integrante	Comité de Prevención Contra la Tortura
EU. Bárbara Arriagada	Presidenta División Enfermería	Sociedad Chilena de Medicina Intensiva

Dra. Victoria Pinto Henríquez	Directora (S)	Hospital del Salvador · Red Pública RM, actual Directora Hospital Regional de Coyhaique
EU. Claudia Muñoz Hernández	Jefa Unidad de Calidad	Hospital Guillermo Grant Benavente · Red Pública Bío-Bío
Dra. Carolina Asenjo Araya	Directora Médica	Clínica Dávila
Paulina Reinoso Ríos	Encargada Unidad	Depto. Políticas Públicas, Superintendencia de Salud
Johana Pozo Bravo	Encargada de Participación Ciudadana	Unidad Atención de Personas, Superintendencia de Salud
Jasmina Awad Cerda	Jefa Subdepartamento	Protección de Derechos de las Personas en Salud, IP
Benedicto Romero Hermosilla	Jefe (S) Subdepartamento	Gestión de Calidad en Salud, Intendencia de Prestadores
Giovanna Maregatti Herrera	Analista	Subdepartamento Gestión de Calidad en Salud, IP
María Cecilia Carmona	Encargada (S) Unidad de Gestión en Acreditación	Subdepartamento Gestión de Calidad en Salud, IP
Jeannette González Moreira	Jefa Subdepartamento	Fiscalización en Calidad, Intendencia de Prestadores
Sandra Aguilera Godoy	Coordinadora Subdepartamento	Fiscalización en Calidad, Intendencia de Prestadores
Katty Alfaro Silva	Profesional Analista	Subdepartamento Fiscalización en Calidad, IP

A todos quienes participaron en este proceso, y a los equipos técnicos de la Superintendencia de Salud que hicieron posible este trabajo, nuestro más profundo agradecimiento por su compromiso con la calidad y seguridad en la atención de salud de todas las personas en Chile.



ÍNDICE

1. Introducción	17
2. Objetivos	23
3. Metodología de trabajo	25
4. Plan general de trabajo	31
5. Modelos conceptuales	33
6. Líneas estratégicas	41
7. Propuesta contenido del estándar	43
8. Temas y etapas a seguir desarrollando	73



1.

INTRODUCCIÓN





La Calidad es un atributo fundamental de cualquier bien o servicio, y en salud pasa a ser el eje conductor de cualquier atención de salud, que tiene como principio rector la atención centrada en las personas, y que se puede considerar el producto de la interacción que guardan los requisitos normativos, de gestión, deontológicos y éticos de la práctica clínica y las obligaciones institucionales respecto de las atenciones de salud entregadas y sus resultados sanitarios, comparados con los resultados de las evaluaciones realizadas de la experiencia de las personas que reciben dichas atenciones.

Si bien en nuestro país entre la década del 2010 y 2020 la estrategia fue posicionar la calidad en salud con foco en la seguridad del paciente como prioridad sectorial, especialmente en prestadores institucionales de atención cerrada, para generar información y evidencia en materia de calidad, así como desarrollar, adaptar y apoyar la implementación de soluciones. En esta nueva década ya con un nivel de logros alcanzados y lecciones aprendidas y en desarrollo, se hace necesario avanzar en nuevas políticas y estrategias para garantizar Calidad, sin dejar de lado la seguridad del paciente.

Estas nuevas estrategias, deben avanzar en forma gradual y progresiva hacia una mayor comprensión de la calidad, como parte fundamental del derecho a la salud, lo que implica el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, que debe resguardar los derechos de las personas en salud, así como cambios en la institucionalidad de quienes deben tener las competencias para dar garantía de una correcta evaluación de la calidad.

Es necesario incorporar un nuevo enfoque en la evaluación de calidad, con mayor orientación hacia las personas, tanto en los procesos como en los resultados, a objeto de contribuir al mejoramiento continuo y centrado en las personas. Esto significa asumir una mayor participación de las personas y comunidad en todo el proceso de gestión de la calidad, tanto a nivel macro, meso y micro, fortaleciendo un mayor alineamiento entre mecanismos de pago y desempeño de los prestadores, con especial foco en la calidad de sus procesos y sus resultados.

La gestión y desarrollo de las personas, su experiencia en la ruta de atención, con una visión más integral y sistémica, donde los prestadores de salud dejan de ser el centro y el núcleo central son las personas con énfasis en la satisfacción de las necesidades sentidas.

Esto se sustenta por la generación de una cultura de cambio organizacional permanente en pos de la calidad, con estrategias comunicacionales y relacionales para el diálogo y la participación, tanto de personas que otorgan la atención de salud como de quienes la reciben. La evaluación incluirá la medición de competencias estratégicas, gerenciales, y la capacidad de interactuar con otros prestadores de distintos niveles de complejidad, para asegurar la continuidad de la atención de las personas.

La presente propuesta no espera responder a todas las estrategias señaladas, pero sí recoger variables que forman parte de los principios fundamentales de la calidad en salud, para avanzar a una atención centrada en las personas, humanizada y segura. Se desarrolla en el

marco de la misión institucional de la Superintendencia de Salud, que es “Proteger, promover, y velar por el cumplimiento igualitario de los derechos de las personas en salud”, para el logro de esta misión, se ha definido como uno de sus principales objetivos estratégicos:

“Mejorar los niveles de calidad y seguridad asistencial a través de la implementación del Sistema Nacional de Acreditación y administración del Registro de Prestadores Individuales de Salud”, y como uno de sus productos estratégicos, la “Administración de los Sistemas de Evaluación de la Calidad en Salud: Registro, Acreditación y Certificación de Especialidades”.

La incorporación de la calidad en salud, como un derecho de las personas representa uno de los más grandes desafíos en salud para cualquier país; sin embargo, nuestro país marcó un hito histórico al incorporarla como una garantía explícita, a través de la ley N°19.966, una de las leyes instaladas con la Reforma de Salud del año 2004, reforma, cuya finalidad era establecer la normativa necesaria para cumplir los objetivos sanitarios de la década 2000-2010.

Las garantías explícitas de salud a las que tienen derecho todas las personas beneficiarias de los sistemas previsionales de salud pertenecientes al FONASA e ISAPRES son cuatro, la garantía de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, todas, a excepción de la garantía de calidad, empieza su exigencia a contar del año 2004, a través del primer decreto GES. La garantía de calidad queda pendiente dentro de esta década (2000-2010).

Como política pública, la garantía de calidad establecida viene a instalar los sistemas de evaluación de la calidad a nivel nacional, con una mirada transversal público-privada, articulando para su cumplimiento, dos grandes ejes: las competencias profesionales de los prestadores individuales de salud, que otorgan las prestaciones de salud y, los estándares mínimos de calidad, que deben cumplir los prestadores institucionales de salud para otorgar prestaciones seguras. Siendo este el espíritu, se definió la garantía explícita de calidad en la ley N°19.966, como ***“otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N°19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11.”.***

Los primeros Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Atención Abierta, se publicaron oficialmente en marzo 2009, desde esa fecha se han publicado paulatinamente a través de los años, otros diez estándares de acreditación, destinados a Centros de Diálisis, Laboratorios Clínicos, Centros de Imagenología, Prestadores de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Radioterapia, Centros de Quimioterapia, Centros de Esterilización, Centros de Rehabilitación de personas con consumo perjudicial y dependencia de Alcohol y Drogas, Centros de Atención Odontológica y Laboratorios de Anatomía Patológica y Citología.

La instalación de la garantía de calidad, se inicia con el Decreto GES del año 2013, primero con la exigibilidad del registro de Prestadores Individuales de Salud, y posteriormente, el año 2016 con la acreditación para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada de alta

complejidad, para otorgamiento de las prestaciones de salud establecidas y garantizadas en dicho decreto, y la exigencia progresiva a prestadores de otras complejidades, atención cerrada de mediana y baja complejidad, los años 2018 y 2019, respectivamente.

Si bien existió una diferencia de 7 años entre la publicación del estándar para prestadores de atención cerrada, hasta su exigencia como garantía en el decreto GES, este periodo de tiempo fue imprescindible para implementar con responsabilidad a nivel país esta política pública.

La acreditación es una evaluación externa del cumplimiento de estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud (MINSAL), pero que su resultado está necesariamente vinculado en lo principal, a la instalación de una cultura de calidad en las organizaciones, un cambio organizacional con una mirada transversal de procesos centrados en la seguridad de las atenciones, el compromiso de los equipos directivos, la formación y desarrollo de las personas en calidad y seguridad y, un modelo de gestión de calidad con eje en la mejora continua.

A diciembre 2025, se encuentra a nivel país un total de 256 prestadores de atención cerrada acreditados, de los cuales 182 corresponden a prestadores institucionales públicos y 74, a clínicas y hospitales del sector privado del país. A su vez, del total de prestadores de atención cerrada acreditados, 235 (92%) se ha acreditado por segunda vez, 102 (40%), por tercera vez y 10 (4%), por cuarta vez.

La ley señala que el Ministerio de Salud debe establecer los estándares de calidad, los cuales deben ser iguales para el sector público y privado, por tanto, los estándares vigentes se construyeron en esa línea entre los años 2006 y 2009. Sin embargo, el modelo establecido para dar el punto de partida al Sistema Nacional de Acreditación se enmarcó bajo la premisa de resguardar la dimensión de seguridad de las atenciones, desde la perspectiva de procesos, dado que, no existía la cultura de calidad de medirlos en el país, sólo existían algunos indicadores de resultado desde la lógica de Infecciones Asociadas a las Atenciones en Salud (IAAS). Esta primera etapa tuvo la finalidad de avanzar y dejar instalada la responsabilidad, el aprendizaje e implementación por parte de los hospitales y clínicas de atención cerrada del país; la definición de protocolos institucionales, establecer los procesos o procedimientos que se consideraron de mayor riesgo para la seguridad de las atenciones de las personas, basados en la evidencia científica; definir indicadores para evaluar dichos procesos de acuerdo a la realidad de cada prestador; y establecer un sistema de monitoreo y evaluación periódica de dichos indicadores, bajo parámetros validados estadísticamente, identificando los puntos de verificación donde se evaluarían y dejando sólo algunas constataciones directas en terreno a funcionarios del prestador.

Este modelo consideró la instalación gradual de las exigencias, poniendo un piso de 50% de cumplimiento al primer proceso, un 70% al segundo proceso y un 95% al tercer proceso, resguardando un número de características de obligatorio cumplimiento para procesos críticos, pero dejando la posibilidad de ser acreditado con observaciones, sujeto al cumplimiento de un Plan de Corrección.

El actual estándar y sistema de acreditación en su conjunto han logrado posicionarse a nivel nacional y latinoamericano como un sistema sólido, confiable, con alta credibilidad y que, especialmente para los prestadores que se han sometido a los procesos de acreditación, ha significado un logro importante y ha traído beneficios organizacionales, tales como: trabajo en equipo, reconocimiento de debilidades, implementación de mejoras e instalación de una cultura de calidad, para poder enfrentar mejor una emergencia sanitaria. Sin embargo, no recoge los nuevos desafíos que la calidad de atención tiene en dimensiones que hoy son tan relevantes para las personas, como la humanización de la atención en salud, la experiencia de las personas en su ruta de atención, la gestión del riesgo, la mejora continua y el impacto en los resultados sanitarios y de experiencia usuaria.

La OMS nos señala: “La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud, para las personas y las poblaciones, aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. A medida que los países se comprometen a lograr la salud para todos, es imperativo considerar cuidadosamente la calidad de la atención y los servicios de salud. La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser:

- **Eficaz** – proporcionar servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan;
- **Seguro** – evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado; y
- **Centrado en las personas** - proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales de las personas.”

El Ministerio de Salud entendiendo la importancia de poner a las personas en el centro de la atención, como seres humanos que son parte integrante de una familia, de una comunidad, y de un entorno de cuidadores, donde la humanización en la interacción diaria es central, desde actitudes tan básicas como la amabilidad, ha establecido un Plan Nacional de Humanización en Salud.

Bajo esta perspectiva, se necesita un cambio fundamental en las atenciones en salud, de manera que se presten servicios de calidad con compasión, centrados en las necesidades de las personas y comunidades, por lo tanto, existe la necesidad de vincular esta política con el estándar de acreditación de prestadores institucionales de salud.

Existe la oportunidad y el desafío de avanzar hacia una propuesta de un nuevo modelo del Sistema Nacional de Acreditación, que implica la modificación del modelo de estándar de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada, con una nueva metodología de evaluación en terreno, mayor comunicación y transparencia de resultados hacia la ciudadanía y una nueva mirada al sistema en su conjunto.

2.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir con una propuesta para el desarrollo de un modelo que sustente una nueva versión del “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud de Atención Cerrada”, incorporando la medición de resultados y el enfoque de atención centrada en las personas durante su proceso de atención y cuidados, fortaleciendo lo avanzado en la dimensión de la seguridad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer un sistema de evaluación de la calidad **centrado en las personas y en los resultados sanitarios que impacten en quienes reciben las atenciones de salud.**
- Incorporar una nueva metodología de evaluación de la calidad técnica y percibida, que esté centrada en la experiencia de la persona y su trayectoria a través del proceso de atención de salud.
- Fortalecer la seguridad en las atenciones de las personas, consolidando los avances existentes.





3.

METODOLOGÍA DE TRABAJO





A. LINEAMIENTOS GENERALES

- Constitución de un comité técnico interinstitucional de expertos/as en calidad para proponer su contenido.
- Constitución de un consejo asesor para definir líneas estratégicas a instalar en el nuevo modelo de estándar de acreditación.
- Revisión de experiencias internacionales en ejes centrales del Modelo, tales como, Atención Centrada en las Personas, Emergencias Sanitarias e Indicadores de Resultados de Calidad Técnica y Percibida.
- Análisis de la integración al estándar de acreditación vigente.
- Levantamiento de una propuesta de modelo conceptual.
- Construcción de una primera propuesta de contenidos del estándar y, construcción de propuesta de metodología de evaluación en terreno.

B. CONSTITUCIÓN CONSEJO Y COMISIÓN TÉCNICA

b.1 Consejo Asesor (Constituido por Resolución Exenta SS N°463, de 02.05.2023):

- **Superintendente de Salud** - Dr. Víctor Torres Jeldes (Preside Consejo)
- **Fundación Avedis Donabedian** - Carola Orrego, Directora Instituto Universitario Avedis Donabedian, Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)
- **Planetree América Latina Sur** – Natalia Hreczuch, Coordinadora
- **Consorcio Latinoamericano de Innovación, Calidad y Seguridad en Salud** (CLICSS)– Dr. Enrique Ruelas Barajas
- **Ex Ministro de Salud**, Dr. Osvaldo Artaza Barrios, Decano Facultad de Medicina - Universidad de Las Américas
- **Ex Ministra de Salud**, Dra. María Soledad Barría Iroumé
- **Ex Intendente de Prestadores de Salud**, Superintendencia de Salud – Dr. José Concha Góngora
- **Ex Subsecretario de Redes Asistenciales** – Dr. Julio Montt Vidal
- **Decano Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae y Subsecretario de Redes Asistenciales** – Dr. Alberto Dougnac Labatut

b.2 Comisión Técnica (Resolución Exenta IP N°5373, de 30.11.22, modificada por Resolución Exenta IP N°2505, de 06.06.2023):

- **Preside y Coordina Comisión Técnica – Ex Intendente de Prestadores de Salud**, Sra. Carmen Monsalve Benavides
- **Ministro de Fe y Asesor Jurídico Comisión Técnica** – Hugo Ocampo Garcés, Encargado Unidad de Regulación - Intendencia de Prestadores de Salud
- **Presidenta Sociedad Chilena de Calidad Asistencial (SOCCAS)** – Dra. Begoña Yarza Sáez
- **Presidenta Comité Atención Centrada en las Personas SOCCAS** – EU. Giesela Schweizer Hernández
- **Clínicas de Chile A.G.** – Dra. Liliana Escobar Alegría, Presidenta del Consejo Médico
- **Clínicas de Chile A.G.** – Dr. Bernd Oberpaur Wilckens, Integrante del Consejo Médico
- **Universidad del Desarrollo** – Dra. Liliana Jadue Hund, Vicedecana de las Carreras de la Salud
- **Universidad de Valparaíso** – Dr. Mario Parada Lezcano, Profesor titular de la Escuela de Medicina, Representante de la Escuela de Medicina en el Depto. de Salud Pública del Colegio Médico Regional Valparaíso
- **Pontificia Universidad Católica de Chile** – Dr. Rodrigo Poblete Umanzor, Director de Calidad y Gestión Clínica de la Red UC Christus
- **Fondo Nacional de Salud (FONASA)** – Camila Silva Medina, Jefa del Depto. de Mecanismos de Pago - GRD de la División de Comercialización.
- **Entidades Acreditadoras** – Dr. Patricio Nercelles Muñoz, Representante Legal de “Asesorías en Calidad y Acreditación Limitada”
- **Consejo de la Sociedad Civil (COSOC) de la Superintendencia de Salud** – Beatriz Moscoso García, Representante de ASODI
- **Comité de Prevención Contra la Tortura** – Dra. Yamileth Granizo Román
- **Sociedad Chilena de Medicina Intensiva - División Enfermería** – E.U. Bárbara Arriagada, Presidenta División
- **Hospital Red Pública Región Metropolitana** – Dra. Victoria Pinto Henríquez,

Directora(S) Hospital del Salvador

- **Hospital Red Pública Región del Bío-Bío** – E.U. Claudia Muñoz Hernández, Jefa Unidad de Calidad Hospital Guillermo Grant Benavente
- **Clínica Privada Región Metropolitana** – Dra. Carolina Asenjo Araya, Directora Médica Clínica Dávila
- **Departamento Políticas Públicas Superintendencia de Salud** – Paulina Reinoso Ríos, Encargada Unidad
- **Unidad Atención de Personas y Participación Ciudadana Superintendencia de Salud** – Johanna Pozo Bravo, Encargada de Participación Ciudadana
- **Subdepartamento de Protección de Derechos de las Personas en Salud Intendencia de Prestadores** – Jasmina Awad Cerda, Jefa del Subdepartamento
- **Subdepartamento Gestión de Calidad en Salud Intendencia de Prestadores** – Benedicto Romero Hermosilla, Jefe (S) Subdepartamento
- **Subdepartamento Gestión de Calidad en Salud Intendencia Prestadores** – Giovanna Maregatti Herrera, analista Unidad de Gestión en Acreditación – María Cecilia Carmona, Encargada (S) Unidad de Gestión en Acreditación
- **Subdepartamento de Fiscalización en Calidad Intendencia de Prestadores** – Jeannette González Moreira, Jefa Subdepartamento
- **Subdepartamento de Fiscalización en Calidad Intendencia de Prestadores** – Sandra Aguilera Godoy, Coordinadora Subdepartamento – Katty Alfaro Silva, profesional analista del Subdepartamento.



4.

PLAN GENERAL DE TRABAJO

- Definición Modelos Conceptuales
- Levantamiento Líneas Estratégicas
- Definición Contenidos de Estándar
- Identificación de Indicadores



5.

MODELOS CONCEPTUALES





5.1 MODELO DEL SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN

La construcción de la propuesta de este nuevo modelo conceptual del sistema nacional de acreditación para prestadores de atención cerrada debe considerar los siguientes elementos básicos:

5.1.1 Roles de:

- Ministerio de Salud.
- Superintendencia de Salud.
- Instituto de Salud Pública (ISP).
- Entidades acreditadoras.
- Prestadores institucionales de salud.
- Prestadores individuales de salud.
- Representantes de organizaciones de personas y comunidades.
- Seguros previsionales de salud.
- Instituciones formadoras.

5.1.2 Nuevos desafíos normativos en salud y Atención Centrada en las Personas

- Humanización.
- Salud digital e interoperabilidad de sistemas TI.
- Interculturalidad y población migrante.
- Emergencias sanitarias.
- Medicinas complementarias.
- Inteligencia artificial.
- Leyes relacionadas con los derechos de las personas en salud.

5.1.3 Medición de indicadores de resultados

- Indicadores sanitarios.
- Indicadores de experiencia usuaria.

5.1.4 Metodología de evaluación con perspectiva

- Experiencia de las personas en su ruta de atención
- Procesos trazadores claves, vinculados a procesos estratégicos y de soporte

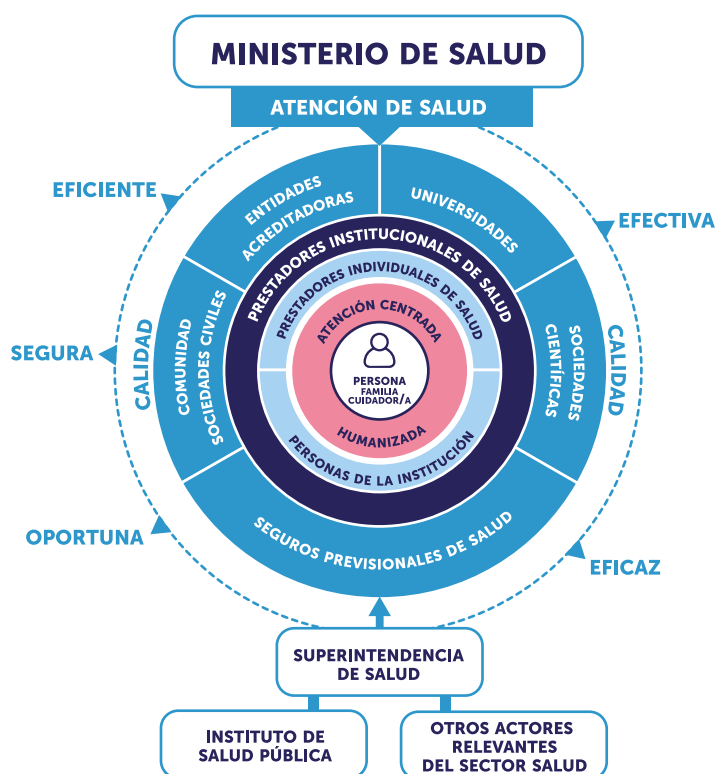
5.1.5 Reglas de decisión y vinculación a seguros previsionales de salud y mecanismos de pago

Para avanzar desde el actual del Sistema Nacional de Acreditación a un nuevo modelo, se requiere cambios normativos sustanciales hacia un sistema de evaluación de calidad en salud humanizado y centrado en las personas, con eje en la experiencia de las personas, en su proceso de atención y con monitoreo de indicadores de resultados alcanzados, tanto en la experiencia de atención como en resultados sanitarios, evaluación que debe realizar un ente acreditador autónomo y no dependiente del Ministerio de Salud, bajo la regulación y fiscalización de los organismos de salud competentes como autoridad sanitaria.

Como política pública de salud en materia de calidad, el Ministerio de Salud lidera y define las líneas estratégicas que debe contemplar el sistema nacional de evaluación, conjuntamente con los organismos fiscalizadores en materia de calidad (la Superintendencia de Salud y el Instituto de Salud Pública), con una mirada participativa e inclusiva de todos los organismos involucrados del sector salud, como son las entidades acreditadoras, sociedades civiles, universidades, sociedades científicas, representantes de prestadores institucionales de salud públicos y privados, seguros previsionales de salud, representante de la Comisión de Derechos Humanos, y todos los que considere relevante para tener una mirada transversal en la definición de las líneas estratégicas y estándares de acreditación.

La calidad en salud debe tener como eje central la Humanización de la Atención y Centrada en las Personas, es decir, que las atenciones que reciben las personas, sus familias y cuidadores, sean entregadas con estándares de calidad, eficientes, seguras, eficaces, con buenos resultados sanitarios, logrando así una buena experiencia usuaria.

Figura N°1: Esquema del Modelo Conceptual de actores en el Sistema Nacional de Acreditación



5.2 MODELO CONCEPTUAL DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN

Es sabido que la calidad ha evolucionado junto con el progreso de las diferentes sociedades, sus valores, expectativas, métodos de evaluación, medios de comunicación, desarrollo de las tecnologías de la información y condiciones de los sistemas de salud. Cada época se ha caracterizado por el énfasis en alguna de las dimensiones: la supervisión, el control, la eficiencia, la seguridad, etc.

Algunos países han dirigido su enfoque en los cinco resultados de valor en atención y cuidados: salud de la población, acceso efectivo, organizaciones confiables y seguras, experiencia satisfactoria de la población al transitar por el sistema de salud y costos razonables. Lo anterior, con sustento en las acciones para lograr la satisfacción de la población, respaldadas en el establecimiento de hábitos y conductas de los trabajadores de la salud, principios y valores de la calidad, destacando la mejora continua, la innovación, el logro de las metas, y el respeto de los valores institucionales.

La razón de ser de las organizaciones de salud son las personas que atienden y cuidan, por ello, deben esforzarse en satisfacer sus expectativas. La congruencia entre sus acciones y su razón de ser es un principio esencial. A partir de este fundamento, **las organizaciones deben profundizar en el conocimiento de las personas, atender sus mensajes y ajustar el diseño de los servicios de atención y cuidados, considerando su participación.**

Humanizar significa personalizar la asistencia escuchando lo que necesitan las personas y familiares, y no, lo que el equipo de salud piense que necesitan, y convertir esto en un proceso clínico donde la actitud humanizada, centrada en las personas sea lo fundamental.

Este nuevo modelo de estándar **tiene como eje central una perspectiva desde los derechos de las personas en salud, evaluación de la ruta de atención y de sus cuidados en ciertos procesos claves**, a partir de la experiencia humana y la entrega de prestaciones y servicios con calidad técnica, que considere sus necesidades y expectativas, **con una fuerte vinculación a los procesos estratégicos y de soporte**, para que los procesos claves de atenciones y cuidados logren los resultados esperados por las personas, sus familias, la comunidad y los prestadores de salud, alcanzando los objetivos sanitarios del país.

Para entender mejor la lógica de construcción y vinculación de los procesos que debe contemplar este nuevo modelo, es necesario contar con una definición clara de estas tres líneas de procesos:

- **Procesos estratégicos:** son aquellos que se consideran esenciales para la operación de un prestador institucional de salud, y establecen las líneas estratégicas responsables de generar valor para las personas usuarias, familiares, cuidadores, personal y comunidad. En general, estos procesos orientan la misión institucional, garantizando la calidad, seguridad y eficiencia en la atención.

- **Procesos claves:** Son aquellos directamente vinculados a la entrega del servicio final a las personas. Son la esencia de lo que ofrece un prestador institucional de salud y varían según la organización.

- **Procesos de soporte:** Son aquellos que apoyan los procesos claves, asegurando que éstos puedan ejecutarse de manera eficiente y eficaz. Aunque no están directamente vinculados a la entrega final de la atención, son indispensables para el buen funcionamiento de la institución.

En resumen, **los procesos claves son el corazón del quehacer institucional**, donde se materializa el encuentro entre las personas y la atención de salud, por lo tanto, el modelo debe incorporar la evaluación de los procesos estratégicos destinados a mejorar la calidad de la atención proporcionada, como procesos rectores para aumentar la calidad en todo el sistema de salud y, que estén estrechamente armonizados con la política, el plan nacional de salud humanizada y la legislación vigente en materia de derechos en salud –enfermedad– atención y cuidados.

Los sistemas de salud, para adaptarse, necesitan prestar servicios de salud de calidad en especial cuando se deben enfrentar a emergencias complejas, no sólo pensando en pandemias, sino también ante otros escenarios que pueden aparecer con más probabilidad, tales como: intoxicaciones masivas, trauma múltiple en grandes eventos masivos, incendios, entre otros. Lo que implica estar preparados durante el desarrollo de la emergencia y con la correspondiente implementación de mejoras tras su finalización.

Mantener la calidad en las atenciones y cuidados de salud es fundamental durante las emergencias y sirve como punto de enlace entre las comunidades y el sistema de salud. Esto implica la necesidad de configurar procesos proactivos de prevención de Infecciones Asociadas a Atenciones en Salud (IAAS) y de gestión de riesgos clínicos, que sean barreras de seguridad para disminuir los riesgos en salud, identificándolos de acuerdo a su realidad local, establecer matrices de riesgo y planes de tratamiento para disminuirlos.

Por otra parte, incorporar la medición de indicadores de resultado es clave para alcanzar los fines de mejora. Existe una clara necesidad de recopilar y compartir enseñanzas y experiencias en materia de calidad a nivel nacional e internacional a fin de establecer un proceso de intercambio de ideas y de aprendizaje activo.

La gestión de calidad es un proceso estratégico fundamental, y su esencia consiste en involucrar y motivar a todo el personal de la organización para mejorar continuamente los procesos de trabajo, por medio de la evaluación de los resultados y el establecimiento de planes de mejora que cumplan o excedan las expectativas de las comunidades, poblaciones y personas, generando resultados de valor y creando nuevas propuestas de servicios.

Se deben identificar y **evaluar los procesos de soporte o apoyo** que deben nutrir los procesos claves para su correcta implementación y obtención de los resultados esperados.

El modelo incorpora la formulación de un conjunto de indicadores de resultado a medir en todos los prestadores, que permitan identificar umbrales de referencia nacional, medir la efectividad de la atención y su repercusión en el bienestar de las personas, detectar problemas de calidad, identificar oportunidades de mejora e implementar acciones de mejora continua.

Por otra parte, el proceso de gestión y desarrollo de las personas es fundamental, porque la atención humanizada en los procesos claves implica la necesidad de escuchar y considerar, para atender y cuidar, no sólo a las personas enfermas, sino también incluir a sus familias como agentes curativos; y, cuidar al personal de salud para que pueda desempeñar su trabajo en las mejores condiciones posibles. Esto conlleva tener políticas y procesos para que las instituciones se comprometan con el desarrollo del personal, se capaciten, adquieran herramientas y actitudes que les permitan entregar un servicio de calidad técnica y humanizada. A su vez, ocuparse de la formación, desarrollo e implementación de estrategias de calidad de vida laboral.

Figura N°2: Modelo Conceptual del Estándar de Acreditación





6.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Marco de gobernanza y liderazgo de compromiso con la ACP, que incorpora procesos estratégicos que dan las directrices para el correcto ordenamiento y desarrollo de los procesos clínicos claves.
- Procesos trazadores de atención, desde la perspectiva de calidad y seguridad técnica y, de calidad percibida de necesidades y expectativas de las personas.
- Experiencia en la atención de salud en función de las necesidades y expectativas de las personas y demás usuarios, durante el proceso hospitalario.
- Resultados sanitarios con indicadores comparables entre instituciones de salud y que se transparenten a la comunidad.
- Sistema de mejoramiento continuo.



7.

PROPUESTA CONTENIDO DEL ESTÁNDAR





ÁMBITO: GOBERNANZA Y LIDERAZGO INSTITUCIONAL CON ACP (GLI)

Intención: Asegurar que la institución sea dirigida con una mirada estratégica, ética y humana, donde la alta dirección lidere con el ejemplo y garantice que cada decisión organizacional contribuya a una atención segura, de calidad y centrada en las personas.

COMPONENTE GLI 1. Gestión de Calidad

Intención: Asegurar que la alta dirección lidere, implemente y sostenga un sistema institucional de calidad y mejora continua, orientado explícitamente a responder a las necesidades, expectativas y seguridad de las personas usuarias.

Característica GLI 1.1 - Existencia a nivel institucional de un Modelo de Gestión de Calidad Centrado en las Personas

Elementos Medibles:

- Existe una política de calidad y seguridad clínica explícita y conocida por los integrantes de la institución.
- La gestión de calidad está basada en un modelo conceptual conocido, e integrada a la planificación estratégica.
- Existe un sistema de gestión de calidad que considera un panel de indicadores y gestión documental, con el desarrollo de procedimientos y/o protocolos asistenciales y administrativos debidamente actualizados, enmarcados en la normativa vigente, cuando corresponda, revisados, aprobados y evaluados institucionalmente.
- Existen iniciativas de implementación de guías de buenas prácticas, a nivel organizacional, utilizando las metodologías y los materiales de RNAO.
- Existe un programa de calidad anual con contenidos ajustado a su realidad y reglamentación vigente.
- Se realiza evaluación cualitativa y cuantitativa, con análisis de los cumplimientos y factores asociados a los incumplimientos del programa.
- Los resultados del programa y causas de incumplimiento son conocidos por los directivos y facilitadores, y existen medidas adoptadas para tratar incumplimientos.

Característica GLI 1.2 - Gestión de Calidad en el nivel directivo (Primera línea o su equivalente)

Elementos Medibles:

- La jefatura de calidad depende de la alta dirección
- El equipo operacional de calidad cuenta con integrantes en cantidad y horario asignado exclusivamente para gestión de calidad, considerando el tamaño y complejidad del prestador.
- El área de calidad es miembro permanente del comité directivo del prestador
- Los proyectos institucionales requieren de la participación explícita del área de calidad.

Característica GLI 1.3 - Competencias de directivos y jefaturas de servicios clínicos y de apoyo respecto a gestión de calidad

Elementos Medibles:

- Directivos y jefaturas de servicios tienen formación en calidad y seguridad asistencial demostrable, al menos 80 horas y actualización de conocimientos en calidad cada 5 años.
- Los miembros del equipo de calidad cuentan con formación de post título en calidad y cursos de ACP, riesgo clínico e IAAS.
- Los miembros del equipo de calidad participan en actividades de actualización, al menos una vez al año.
- Se realizan acciones de capacitación y actualización de conocimientos dirigidos al personal, al menos una vez al año.

Característica GLI 1.4 - Comunicación estratégica como eje facilitador de la gestión de calidad

Elementos Medibles:

- Los procedimientos clínicos y administrativos están difundidos y son accesibles a los funcionarios que deben realizar las atenciones y cumplir los protocolos.
- Se realiza difusión anual de los avances en la implementación del programa de calidad en la institución.
- Se han implementado estrategias de comunicación hacia la comunidad a lo menos dos veces al año, tales como mesas ciudadanas, videos, etc.

Característica GLI 1.5 - Cultura de calidad y seguridad en la institución

Elementos Medibles:

- Existen actividades que permiten describir el nivel alcanzado en cultura de seguridad en la institución. Incluye la realización de encuestas, grupos focales u otros instrumentos estructurados que deben ser aplicados con periodicidad de al menos cada 3 años.
- Existen planes globales de la institución para incrementar la cultura de seguridad que considera los resultados de los instrumentos aplicados y se puede constatar la realización de actividades descritas en el plan.

Característica GLI 1.6 - Monitoreo y evaluación periódica de indicadores de resultado sanitarios y de experiencia de las personas en su atención.

Elementos Medibles:

GLI 1.6.1 Caída de paciente con daño

DEFINICIÓN	
Caída de paciente hospitalizado que provoca daño físico durante el periodo de hospitalización.	
DESCRIPCIÓN	
Mide la frecuencia de caídas de pacientes hospitalizados que generan daño, en relación con la exposición al riesgo durante el periodo evaluado, permitiendo evaluar la efectividad de las medidas de prevención de caídas y la seguridad del paciente.	
FÓRMULA DE CÁLCULO	
EXPRESIÓN MATEMÁTICA	Tasa de casos por cada 1000 días de exposición (días cama de paciente).
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Caídas de pacientes hospitalizados, que, a consecuencia de la caída, tienen un daño físico o lesión*, por periodo de tiempo.	Registro de reporte eventos adversos o centinela.
DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Días camas paciente por periodo de tiempo.	Estadística días cama.
AMPLIFICADOR	1000 días de exposición.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	
Trimestral.	
VALOR DE REFERENCIA	
0 caídas con daño (ideal); Tendencia a la disminución sostenida en el tiempo.	
EXCLUSIONES	
Caídas sin daño. Caídas ocurridas fuera del ámbito asistencial institucional. No aplica: atención ambulatoria sin hospitalización.	
NOTA	
Se consideran daño: fractura, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, muerte, u otra lesión clínica atribuible a la caída.	

GLI 1.6.2 Embolia Pulmonar o Trombosis Venosa Profunda (TEP/TVP) perioperatoria

DEFINICIÓN

Evento de embolia pulmonar o trombosis venosa profunda (TEP/TVP), diagnosticado en pacientes quirúrgicos adultos, ocurrido en el periodo perioperatorio (PSI 12).

DESCRIPCIÓN

Mide la tasa de pacientes quirúrgicos de 18 años y más que presentan TEP o TVP proximal (extremidades inferiores) durante el periodo perioperatorio, como indicador de seguridad del paciente y efectividad de las medidas de prevención tromboembólica.

FÓRMULA DE CÁLCULO

EXPRESIÓN MATEMÁTICA	Tasa de casos por cada 1000 egresos quirúrgicos de 18 años y más.
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nº de pacientes quirúrgicos de 18 años y más, que desarrollan Embolia Pulmonar o trombosis venosa profunda proximal (extremidades inferiores) por periodo de tiempo.	Hoja de egreso hospitalario. Ficha Clínica. Sistema GRD para todos los prestadores que cuentan con este sistema.
DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nº de egresos quirúrgicos de pacientes de 18 años o más por periodo de tiempo.	Reporte estadístico egresos hospitalarios quirúrgicos.
AMPLIFICADOR	1000 egresos quirúrgicos de 18 años y más.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Trimestral

VALOR DE REFERENCIA

0 casos (ideal); Tendencia decreciente sostenida en el tiempo.

EXCLUSIONES

Casos con diagnóstico principal de embolia pulmonar o trombosis venosa profunda proximal; Casos con diagnóstico secundario de embolia pulmonar o trombosis venosa profunda proximal presente en la admisión (POA SI); Casos en las cuales un procedimiento de interrupción de la vena cava realizado antes o en el mismo día del primer procedimiento quirúrgico; y los casos obstétricos.

NOTA

Este indicador evalúa tromboembolismos potencialmente prevenibles, asociados a la atención quirúrgica, y su análisis debe considerar la correcta aplicación de protocolos de evaluación de riesgo y profilaxis tromboembólica.

GLI 1.6.3 Lesiones por Presión

DEFINICIÓN

Lesiones localizadas en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión durante la hospitalización (PSI 03).

DESCRIPCIÓN

Mide la tasa de lesiones por presión adquiridas durante la hospitalización en pacientes médico-quirúrgicos, como indicador de seguridad del paciente y calidad del cuidado, asociado a la efectividad de las medidas de prevención, evaluación de riesgo y cuidados de enfermería.

FÓRMULA DE CÁLCULO**EXPRESIÓN MATEMÁTICA**

Tasa de lesiones por presión en establecimientos de atención cerrada por cada 1000 días cama ocupadas.

NUMERADOR

Número de egresos de pacientes médico quirúrgicos con diagnóstico secundario de lesiones por presión, por periodo de tiempo.

FUENTE DE INFORMACIÓN

Egresos médicos y quirúrgicos con diagnóstico CIE-10 L89.x, identificado en cualquier campo de diagnóstico secundario - Base datos GRD. Reporte de lesiones por presión.

DENOMINADOR

Número de días cama ocupadas en mismo por periodo de tiempo.

FUENTE DE INFORMACIÓN

Estadística hospitalaria de días camas ocupada.

AMPLIFICADOR

1000 días cama ocupadas.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Trimestral

VALOR DE REFERENCIA

0 casos (ideal); Tendencia decreciente sostenida en el tiempo.

EXCLUSIONES

Estadías menores a 3 días; casos con LPP como diagnóstico principal; Casos con diagnóstico secundario de LPP en estado III, IV o no clasificable que está presente en la admisión (POA SI); Casos obstétricos; y casos trasladados desde otro hospital. También excluye casos con diagnósticos de hemiplejia, paraplejia, cuadriplejia, espina bífida, daño cerebral anóxico, con desórdenes cutáneos mayores como diagnósticos secundarios presentes en la admisión (POA SI) y aquellos con códigos de desbridamiento o injertos pediculados en los procedimientos.

NOTA

Este indicador evalúa eventos potencialmente prevenibles asociados a la atención hospitalaria. Su análisis debe complementarse con la evaluación del riesgo (ej: escala de Branden), adherencia a protocolos de prevención, oportunidad del cuidado y capacitación del equipo clínico.

GLI 1.6.4 Cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico

DEFINICIÓN

Frecuencia de procedimiento quirúrgico en que se identifica un artículo retenido, material o cuerpo extraño retenido en sitio quirúrgico posterior al cierre de la cirugía (PSI 05).

DESCRIPCIÓN

Mide la ocurrencia de cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico, evento adverso grave y potencialmente prevenible, asociado a fallas en los procesos de seguridad quirúrgica, conteo de material e implementación del check list quirúrgico.

FÓRMULA DE CÁLCULO

EXPRESIÓN MATEMÁTICA	Tasa de casos con diagnóstico secundario por cada 1000 egresos quirúrgicos.
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nº de procedimientos quirúrgicos en que se identifica un artículo retenido, por periodo de tiempo.	Reporte evento adverso o centinela.
DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nº de procedimientos quirúrgicos por periodo de tiempo.	Estadística de procedimientos quirúrgicos (código principal).
AMPLIFICADOR	1000 egresos quirúrgicos.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Trimestral

VALOR DE REFERENCIA

0 casos (valor esperado).

EXCLUSIONES

No aplica.

NOTA

Este indicador corresponde a un evento centinela. La ocurrencia de un solo caso exige análisis de causa raíz, implementación de acciones correctivas inmediatas y evaluación del cumplimiento del check list de cirugía segura, protocolos de conteo y comunicación efectiva del equipo quirúrgico.

GLI 1.6.5 Trauma obstétrico en parto vaginal con instrumento

DEFINICIÓN

Trauma obstétrico materno severo ocurrido en parto vaginal con uso de instrumentos (fórceps o ventosa), durante la atención del parto.

DESCRIPCIÓN

El Ministerio de Salud de Chile define el trauma obstétrico como lesiones producidas en el feto como consecuencia de fuerzas mecánicas durante el parto, y pueden ser clasificadas en diferentes tipos, como:

- *Traumatismos cutáneos*: petequias, hematomas, etc.
- *Traumatismos osteocartilaginosos*: fracturas de huesos, etc.
- *Traumatismos musculares*: hematomas del esternocleidomastoideo, etc.
- *Traumatismos del sistema nervioso central*: hemorragias intracerebrales, etc.
- *Traumatismos del sistema nervioso periférico*: parálisis del plexo braquial, etc.
- *Traumatismos de los órganos internos*: lesiones en el hígado, bazo, etc.

FÓRMULA DE CÁLCULO

EXPRESIÓN MATEMÁTICA	Tasa de trauma obstétrico en partos vaginales con instrumento x 1000.
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nº de partos vaginales con instrumento con trauma obstétrico, por periodo de tiempo.	Egreso Hospitalario. Ficha clínica obstétrica. Codificación diagnóstica.
DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Total de partos vaginales con instrumento, por periodo de tiempo.	Estadística.
AMPLIFICADOR	1000 partos vaginales con instrumento.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Trimestral

VALOR DE REFERENCIA

0 casos (ideal); Tendencia decreciente sostenida en el tiempo.

EXCLUSIONES

Cesáreas; Partos vaginales sin instrumentos; Embarazos múltiples; Fetos muertos antes del parto; Casos con trauma obstétrico presente al ingreso; Partos con malformaciones fetales mayores.

NOTA

Este indicador corresponde a un evento potencialmente prevenible. Su análisis debe considerar la indicación clínica del parto instrumental, la experiencia del equipo, el cumplimiento de guías clínicas, la supervisión profesional y las condiciones maternas y fetales al momento del parto.

GLI 1.6.6 Trauma obstétrico en parto vaginal sin instrumento

DEFINICIÓN

Frecuencia de trauma obstétrico materno severo ocurrido en parto vaginal sin uso de instrumentos, durante la atención del parto.

DESCRIPCIÓN

El Ministerio de Salud de Chile define el trauma obstétrico como lesiones producidas en el feto como consecuencia de fuerzas mecánicas durante el parto, y pueden ser clasificadas en diferentes tipos, como:

- *Traumatismos cutáneos*: petequias, hematomas, etc.
- *Traumatismos osteocartilaginosos*: fracturas de huesos, etc.
- *Traumatismos musculares*: hematomas del esternocleidomastoideo, etc.
- *Traumatismos del sistema nervioso central*: hemorragias intracerebrales, etc.
- *Traumatismos del sistema nervioso periférico*: parálisis del plexo braquial, etc.
- *Traumatismos de los órganos internos*: lesiones en el hígado, bazo, etc.

FÓRMULA DE CÁLCULO

EXPRESIÓN MATEMÁTICA	Tasa de trauma obstétrico en partos vaginales sin instrumento x 1000.
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nº de partos vaginales con instrumento sin trauma obstétrico, por periodo de tiempo.	Egreso Hospitalario. Ficha clínica obstétrica. Codificación diagnóstica.
DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Total, de partos vaginales sin instrumento, por periodo de tiempo.	Estadística.
AMPLIFICADOR	1000 partos vaginales sin instrumento.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Trimestral

VALOR DE REFERENCIA

0 casos (ideal); Tendencia decreciente sostenida en el tiempo.

EXCLUSIONES

Partos vaginales con instrumento; Cesáreas; Embarazos múltiples; Fetos muertos antes del parto; y parto con trauma obstétrico presente al ingreso.

NOTA

Este indicador evalúa eventos potencialmente prevenibles. Su análisis debe considerar factores de riesgo obstétrico, adherencia a guías clínicas, capacitación del equipo, técnicas de protección perineal y condiciones del parto.

GLI 1.6.7 Mortalidad hospitalaria de Infarto Agudo al Miocardio (IAM) en mayores e igual a 45 y menores e igual a 65 años

DEFINICIÓN

Mortalidad hospitalaria de Infarto Agudo al Miocardio (IAM) en personas mayores e igual a 45 y menores e igual a 65 años.

DESCRIPCIÓN

Mide el número de pacientes que fallecen por IAM de cada 100 pacientes que egresan por dicha enfermedad, para determinar la eficacia en el tratamiento de los pacientes admitidos en el establecimiento con el diagnóstico de IAM.

FÓRMULA DE CÁLCULO

EXPRESIÓN MATEMÁTICA	Porcentaje de fallecimientos por 100 pacientes > a 45 y < a 65 años, que egresan con diagnóstico de IAM.
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nº pacientes > a 45 años y < a 65 años, que egresan por defunción con diagnóstico de IAM, por periodo de tiempo.	Reporte estadístico egresos hospitalarios. GRD cuando corresponda.
DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nº de pacientes > a 45 años y < a 65 años, que egresan con diagnóstico de IAM en el período evaluado, por periodo de tiempo.	Reporte estadístico egresos hospitalarios.
AMPLIFICADOR	100 egresos > a 45 y < a 65 años con diagnóstico de IAM.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Trimestral

VALOR DE REFERENCIA

0 casos (ideal); Tendencia decreciente sostenida en el tiempo (el análisis debe considerar la complejidad clínica y el perfil de riesgo del establecimiento).

EXCLUSIONES

Pacientes que ingresan trasladados desde otro prestador institucional de salud con diagnóstico de IAM; y IAM diagnosticado posterior al ingreso por otra causa.

GLI 1.6.8 Reingresos en los primeros 30 días por diagnósticos relacionados

DEFINICIÓN

Reingreso hospitalario ocurrido en los primeros 30 días por diagnósticos relacionados con el motivo de la hospitalización inicial.

DESCRIPCIÓN

Mide el número de pacientes que reingresan al hospital en los primeros 30 días después del alta, por un diagnóstico clínicamente relacionado con el motivo de la hospitalización inicial

Este indicador ayuda a evaluar:

- La calidad de la atención hospitalaria.
- La efectividad del tratamiento y seguimiento.
- La necesidad de mejorar la transición de cuidados al alta.

FÓRMULA DE CÁLCULO**EXPRESIÓN MATEMÁTICA**

Tasa de reingreso en los primeros 30 días por diagnósticos relacionados x 100 egresos hospitalarios.

NUMERADOR

Nº reingresos en 30 días por diagnóstico relacionado por periodo de tiempo.

FUENTE DE INFORMACIÓN

Reporte estadístico de egreso y reingresos hospitalarios.
Ficha clínica.
Codificación GRS, según corresponda.

DENOMINADOR

Nº total de egresos hospitalarios por periodo de tiempo.

FUENTE DE INFORMACIÓN

Reporte estadístico de egresos hospitalarios.

AMPLIFICADOR

X 100 egresos hospitalarios.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Trimestral

VALOR DE REFERENCIA

0 casos (ideal); Tendencia decreciente sostenida en el tiempo.

EXCLUSIONES

1. Pacientes que fallecen durante el reingreso.
2. Pacientes que son trasladados desde otro hospital.
3. Pacientes con reingreso programado.
4. Pacientes que abandonan el hospital contra el consejo médico.
5. Pacientes que son readmitidos para tratamiento de una complicación que no estaba presente en el momento del alta original.
6. Pacientes que son readmitidos para tratamiento de una condición no relacionada.

NOTA

Este es un indicador de resultado y continuidad del cuidado. Su interpretación debe complementarse con análisis de causas de reingresos, revisión de epicrisis, calidad del plan al alta, adherencia a indicaciones, coordinación con la atención primaria y educación al paciente y familia.

GLI 1.6.9 Egresos outliers superiores

DEFINICIÓN

Porcentaje de egresos con estadía prolongada (outliers superiores) (B.3_1.4).

DESCRIPCIÓN

Descripción: Este indicador refleja el comportamiento del consumo de días de estada, de aquellos egresos que tuvieron una estadía superior a la del resultado del conjunto de hospitales del país sobre la misma casuística.

La casuística país está reflejada en el estándar de consumo de días para cada GRD en la norma MINSAL vigente al momento de la evaluación.

Incluye los egresos hospitalarios del Tipo de Actividad de Hospitalización. Se excluyen casos de pacientes: - Cuya especialidad médica es Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil). - Judicializados, código diagnóstico CIE10 Z65.3. Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio). Para la certificación de resultados en evaluación anual, se considerará sólo a aquellos establecimientos que cuenten con un cumplimiento de > 95% egresos hospitalarios con codificación GRD. En caso de no contar con el porcentaje de codificación exigido, el establecimiento obtendrá "0 puntos" en este indicador.

FÓRMULA DE CÁLCULO

EXPRESIÓN MATEMÁTICA	Tasa de egresos outliers superiores por cada 100 egresos hospitalarios GRD.
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Número de egresos con estadías prolongadas (outliers superiores) en el período.	Base de datos GRD. Reportes de producción hospitalarias GRD.
DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Total de egresos codificados en el período.	Base de datos GRD. Reporte estadístico de egresos hospitalarios.
AMPLIFICADOR	x 100.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Trimestral

VALOR DE REFERENCIA

Meta: < 5,2%

Para establecimientos con LB > 6,1% disminuir 1,0 punto porcentual.

EXCLUSIONES

NOTA

Iniciativas: 1. Revisar sistemáticamente el resultado de este indicador y evaluar con información adicional, las causas que llevan a aumentar la estadía hospitalaria.

2. Elaborar planes de mejora continua en los procesos clínicos y administrativos, atendiendo a las causas que apunten a mejorar este indicador. 3. Establecer planes de atención al ingreso de cada caso previniendo situaciones que puedan prolongar estadías.

Este indicador debe analizarse considerando: severidad clínica y comorbilidades; eventos adversos durante la hospitalización; y dificultades en continuidad de cuidados, red asistencial o gestión de camas.

GLI 1.6.10 Reingreso a consulta de urgencia dentro de las 72 horas

DEFINICIÓN

Reingreso a consulta de urgencia dentro de las 72 horas posteriores a una atención previa en el servicio de urgencia.

DESCRIPCIÓN

Mide la proporción de personas que reingresan al servicio de urgencia dentro de las 72 horas posteriores a una consulta inicial, como indicador de calidad, oportunidad y resolutivez de la atención, así como de la adecuación del diagnóstico, tratamiento y educación entregada al alta.

FÓRMULA DE CÁLCULO

EXPRESIÓN MATEMÁTICA	Proporción de reingresos a consulta de urgencia dentro de las 72 horas por cada 100 consultas de urgencia.
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nº de personas que reingresan a consulta de urgencia dentro de las 72 horas, en período t.	Dato de Atención de Urgencia Sistema de registro del servicio de urgencia.
DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Nº total de consultas de urgencia en período t.	Estadística consultas de urgencia.
AMPLIFICADOR	100 consultas de urgencia.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Trimestral

VALOR DE REFERENCIA

0 casos (ideal); Tendencia decreciente sostenida en el tiempo.

EXCLUSIONES

- Pacientes con estancias hospitalarias superiores a 24 horas.
- Pacientes con condiciones médicas complejas, como cáncer o enfermedades crónicas.
- Pacientes que son trasladados a otro hospital.
- Controles programados; egresos sin clasificación GRD; egresos por fallecimiento; pacientes trasladados a otro establecimiento.

NOTA

Este indicador es de resultado y continuidad del cuidado. Su análisis debe complementarse con revisión clínica de los motivos de reingreso, oportunidad del manejo inicial, claridad de las indicaciones al alta, accesibilidad a controles posteriores y educación entregada al paciente y su familia.

GLI 1.6.11 Satisfacción usuaria NPS

DEFINICIÓN

Net Promoter Score (NPS) es un indicador para la gestión de experiencia del clientes, mide la lealtad y satisfacción de los pacientes.

DESCRIPCIÓN

El Net Promoter Score se basa en una sola pregunta: «¿Cuán probable es que recomiende el producto o servicio a un familiar o amigo? Para ello se les pide calificar en una escala de 0 a 10, donde 0 es «Muy improbable» y 10 es «Definitivamente lo recomendaría». Según los resultados, los clientes se clasifican en promotores, pasivos o indiferentes y detractores:

- Los que responden asignando 9 o 10 puntos: Promotores son clientes muy satisfechos y leales.
- Los que asignan 7 u 8 puntos: Pasivos o Indiferentes son clientes satisfechos, pero no entusiasmados.
- Los que otorgan 6 puntos o menos: Detractores son clientes insatisfechos.

FÓRMULA DE CÁLCULO**EXPRESIÓN MATEMÁTICA**

Se calcula restando el porcentaje de Detractores (puntuaciones 0-6) del porcentaje de Promotores (puntuaciones (9-10) excluyendo a los Pasivos (7-8).

NPS

% de Promotores - % de Detractores.

FUENTE DE INFORMACIÓN

Encuesta NPS

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Mensual

VALOR DE REFERENCIA

- NPS menor que cero: Insuficiente
- NPS entre 0 y 19: Deficiente
- NPS entre 20 y 49: Regular
- NPS entre 50 y 69: Bueno
- NPS sobre 70: Excelente

EXCLUSIONES

Personas que no responden la encuesta.

NOTA

- **Net Promoter Score > 0:** indica que tienes más promotores que detractores. Cuanto mayor sea el valor, mayor será la lealtad de tus clientes y su propensión a recomendar tu empresa.
- **Net Promoter Score = 0:** significa que tienes un equilibrio entre promotores y detractores. Tu base de clientes no es particularmente entusiasta ni crítica.
- **Net Promoter Score < 0:** señala que tienes más detractores que promotores. Esto sugiere que hay problemas en la satisfacción del cliente que necesitas abordar.

GLI 1.6.12 Nivel de percepción del personal sobre el grado de seguridad de la persona en el establecimiento (encuesta de cultura de seguridad de la persona en establecimientos de salud – AHRQ de hospitales)- nivel de seguridad del paciente

DEFINICIÓN

Nivel de percepción del personal sobre el grado de seguridad de la persona en el establecimiento (encuesta de cultura de seguridad de la persona en establecimientos de salud – AHRQ de hospitales)- nivel de seguridad del paciente.

DESCRIPCIÓN

Mide la percepción global del personal respecto al nivel de seguridad del paciente en el establecimiento, como indicador de la cultura de seguridad, el liderazgo, el aprendizaje organizacional y el compromiso institucional con la prevención de eventos adversos.

FÓRMULA DE CÁLCULO

EXPRESIÓN MATEMÁTICA	Proporción de respuestas obtenidas para cada alternativa de percepción del nivel de seguridad del paciente.
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Número de encuestados que responden cada alternativa, en período t.	Encuesta de cultura de seguridad del paciente.
DENOMINADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Número total de encuestados en periodo t.	Base de datos de resultados de la encuesta aplicada.
AMPLIFICADOR	100 encuestas.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN

Anual.

VALOR DE REFERENCIA

>75% de respuestas en categorías Excelente – Muy bueno – Bueno.
Tendencia creciente y sostenida en el tiempo.

EXCLUSIONES

Encuestas incompletas o inválidas.
Personal externo sin vínculo contractual o formativo con el establecimiento.

NOTA

Independiente del instrumento que se utilice, de su extensión, o de las adaptaciones que se realice, se debe reportar la respuesta a la siguiente pregunta:

Por favor, dele una calificación general a este centro respecto de la seguridad del paciente.

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo

Representativo: estamentos , servicios, antigüedad en el prestador, atención directa o no.

Característica GLI 1.7 - Mejora Continua

- Están establecidos los lineamientos institucionales para la ejecución de planes de mejora continua.
- Se levanta plan de mejora anual que incluye acciones en relación a evaluación periódica de indicadores de resultado sanitarios y de experiencia de las personas en su atención.
- Se implementan las acciones comprometidas en los planes de mejora, con acciones destinadas a disminuir los problemas de calidad que hayan sido priorizados por el prestador.

COMPONENTE GLI 2. Humanización y Atención Centrada en las Personas (ACP)

Intención: Que la gobernanza y el liderazgo aseguren un modelo de atención verdaderamente centrado en la persona, donde cada decisión institucional contribuya a una atención más humana, respetuosa, participativa y coherente con los derechos y expectativas de quienes reciben y entregan cuidados, fortaleciendo la calidad, la seguridad y la confianza en el sistema de salud.

Característica GLI 2.1 - Valores y gestión estratégica

Elementos Medibles:

- Existe una declaración de valores orientada a la Humanización y ACP.
- Se incorporan los conceptos de Humanización y ACP en los objetivos estratégicos (OE) de la institución.

Característica GLI 2.2 - Modelo de implementación de ACP

Elementos Medibles:

- Cuenta con un plan de trabajo, a lo menos a 3 años alineado con un modelo de ACP.
- El plan de trabajo está alineado con la planificación estratégica.
- Se desarrollan las metas y los objetivos relacionados con la ACP en conjunto con las personas, familias, comunidad, y funcionarios.

Característica GLI 2.3 - Estrategias de participación inclusiva y autocuidado durante el proceso de atención

Elementos Medibles:

- Se aplica plan de acogida a la persona y familia desde su ingreso.
- Se han implementado prácticas para la entrega de información a las personas, de acuerdo con su cultura y modos de aprendizaje.
- Se dispone de un protocolo asistencial relativo a la participación de la familia en los cuidados básicos (alimentación, higiene, movilización) y acompañamiento físico y emocional de las personas.
- Se reconoce y respeta la figura de la persona significativa, con acceso continuado, independiente de los familiares que pudieran visitar a las personas en otros horarios previstos.
- Se realizan acciones para promover el autocuidado.

Característica GLI 2.4 - Gestión y trazabilidad de las necesidades y expectativas de las personas

Elementos Medibles:

- Existe un diagnóstico de las necesidades y expectativas de las personas, tutor y personas significativas relacionadas a la situación de salud e integralidad de la atención, durante su hospitalización.
- Se indagan y detectan las posibles necesidades emocionales, psicológicas, religiosas y/o espirituales de la persona relacionadas con su situación de salud.
- Se incorporan las necesidades y expectativas detectadas en el plan de atención.
- Se cumplen las normas y protocolos de respeto a los derechos y deberes de acuerdo a la normativa vigente.
- Existen mecanismos para que las personas y familias compartan sus experiencias, en sus propias palabras.
- Se promueven y apoyan iniciativas de innovación y desarrollo de acciones y medios que aportan a la ACP y humanizada.

COMPONENTE GLI 3. Gestión de Riesgos Clínicos

Intención: Que la institución anticipe y controle los riesgos de la atención, reduciendo el daño evitable y fortaleciendo una atención segura, confiable y centrada en las personas, bajo el liderazgo activo de la gobernanza.

Característica GLI 3.1 - Política institucional de gestión de riesgos

Elementos Medibles:

- Existe una política institucional de gestión de riesgos no punitiva, que se implementa a través de programa de trabajo y metodología validada institucionalmente, basada en el análisis sistémico de factores contribuyentes y causales.
- Se aplica un programa de prevención de eventos adversos, su monitoreo y medición, que incluye al menos los establecidos por el Ministerio de Salud.

Característica GLI 3.2 - Identificación de procesos y desarrollo de matrices de riesgo institucional

Elementos Medibles:

- Se identifican los procesos críticos de riesgo de cada área.
- Se trabaja matriz de riesgo en cada área.
- Se ponderan los riesgos institucionales y se define matriz institucional a nivel directivo.

Característica GLI 3.3 - Proceso proactivo de reducción de riesgos y planes de tratamiento de riesgos

Elementos Medibles:

- Se levantan planes de tratamiento de riesgos.
- Se realiza seguimiento anual de planes de tratamiento de riesgos comprometidos.

Característica GLI 3.4 - Sistema de vigilancia de eventos relacionados con la seguridad de las personas

Elementos Medibles:

- Existe un sistema de reporte de eventos adversos que define tipos de eventos a notificar, mecanismos de notificación y criterios para iniciar investigaciones.
- El sistema de notificación es conocido por el personal clínico y es accesible.
- Existe un sistema de vigilancia activa de eventos adversos, que al menos defina los casos a vigilar y el mecanismo de pesquisa activo.
- Se realiza análisis de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas, de acuerdo con las directrices institucionales.
- Se realiza retroalimentación, seguimiento y apoyo en los casos de eventos adversos analizados al equipo de salud y familia.

Característica GLI 3.5 - Comunicación y manejo de eventos adversos y centinelas con la persona, familia y segundas víctimas

Elementos Medibles:

- Existe una política comunicacional y un procedimiento con roles y responsables designados para comunicar y dar apoyo integral a la persona, familia y segundas víctimas, afectadas por el evento adverso y/o centinela, la que es conocida y aplicada por los profesionales respectivos.

COMPONENTE 4. Prevención y Control de IAAS

Intención: Que la institución prevenga y controle eficazmente las infecciones asociadas a la atención de salud, minimizando el daño evitable y garantizando una atención segura, de calidad y centrada en las personas, bajo el liderazgo activo y visible de la gobernanza.

Característica GLI 4.1 - Liderazgo Programa IAAS

Elementos Medibles:

- Existe un Programa de Prevención y Control de IAAS, designado por la dirección del establecimiento con definición explícita de sus funciones.
- El PCI depende directamente del Director Técnico del Establecimiento y cuenta con al menos un profesional médico, un profesional de enfermería y un profesional del Laboratorio de Microbiología de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente que tienen:
 - Descripción de sus funciones
 - Tiempo semanal efectivo asignado para el programa (piso mínimo).
 - Capacitación específica al menos de 120 horas actualizada cada 5 años.
 - En el caso de las enfermeras debe contar al menos con grado de supervisor/a.

Característica GLI 4.2 - Posicionamiento equipo IAAS

Elementos Medibles:

- El equipo de IAAS contempla entre sus funciones:
 - Realizar y mantener la vigilancia epidemiológica activa.
 - Organizar y realizar el estudio y manejo de brotes de IAAS.
 - Elaborar las directrices locales (normas, protocolos o procedimientos) para la estandarización de prácticas de prevención de IAAS.
 - Establecer los contenidos y estrategias de capacitación del personal de salud.

- Evaluar el cumplimiento de prácticas de prevención de IAAS incluidas esterilización y desinfección de alto nivel.
- Evaluar el impacto del PCI local.
- Participar en la selección de insumos para la prevención y control de IAAS.
- Participar en la evaluación de riesgo y mitigación ante remodelaciones o construcciones.
- Participar en las acciones de contención de la resistencia a los antimicrobianos.
- Participar en los planes de manejo de epidemias comunitarias que puedan impactar en el establecimiento.

Característica GLI 4.3 - Cumplimiento programa prevención – monitoreo y seguimiento

Elementos Medibles:

- Existe un informe anual con análisis de los resultados del programa de prevención de IAAS, por área clínica y consolidado institucional.
- Se reportan resultados de indicadores en forma cuatrimestral
- Se comprueba implementación de acciones de mejora ante resultados bajo el umbral de referencia ministerial.

Característica GLI 4.4 - Capacitación IAAS

Elementos Medibles:

- Las jefaturas de servicios y de apoyo clínico y los supervisores/as deben contar con capacitación en IAAS de al menos 80 horas.
- Se realiza capacitación formal para el equipo médico (contenidos mínimos).
- Se realiza capacitación formal para el equipo de enfermería (contenidos mínimos).
- Se realiza capacitación formal para todos los profesionales y técnicos que realizan actividades clínicas de acuerdo a su quehacer.
- Existe actualización en conocimientos y competencias, a todos los integrantes del equipo de salud, al menos cada 3 años.

Característica GLI 4.5 - Vigilancia IAAS de acuerdo con la normativa vigente

Elementos Medibles:

- Se realiza vigilancia activa en el establecimiento.
- Se vigilan al menos los indicadores establecidos por el Minsal.
- Si el establecimiento realiza cirugía de colon, histerectomías y cirugía bariátrica deben incluirlos como indicadores de IHO.
- Se comprueba implementación de acciones de mejora ante resultados bajo el umbral

de referencia ministerial.

- Existe una evaluación anual respecto a IAAS no obligatorias que pudieran constituir un riesgo en el establecimiento e incorporarlas en la vigilancia en caso de ser así. Se evalúa la sensibilidad de la vigilancia al menos anualmente.
- Existe un registro que permite comprobar las visitas de vigilancia y los pacientes vigilados.

Característica GLI 4.6 – Medidas de prevención de infecciones

Elementos Medibles:

- En Medicina se realiza prevención de neumonía no asociada a invasivos, prevención de diarreas asociadas al uso de AMB.
- En Pediatría se realiza prevención de IAAS respiratorias virales y diarreas.

COMPONENTE GLI 5. Gestión de Emergencias

Intención: Que la institución esté preparada para responder eficazmente ante situaciones críticas e inesperadas que representa un riesgo inminente para la salud de la población, causada por brotes infecciosos (pandemias/epidemias), desastres naturales, entre otros, minimizando riesgos y daños, asegurando la continuidad asistencial y brindando una atención segura, organizada y centrada en las personas, bajo el liderazgo activo de la gobernanza.

Característica GLI 5.1 - Modelo de gestión y circuitos de coordinación

Elementos Medibles:

- Está constituido un comité de emergencias institucional, liderado por la dirección e integrado por jefaturas de áreas clínicas y de apoyo, equipo de calidad e IAAS.
- Existe una Comisión Técnica Asesora con participación de expertos de diferentes disciplinas en la gestión de emergencias sanitarias, donde participa calidad.
- Se dispone de códigos éticos para garantizar la equidad en la distribución de recursos, detección y atención de personas o áreas más vulnerables a nivel institucional.
- Existe definido un modelo de atención en estado de emergencia y circuitos de coordinación.
- Se han establecido mecanismos institucionales para promover el liderazgo clínico en un marco de actuación coordinada para lograr mejores resultados.

Característica GLI 5.2 - Medidas para asegurar la calidad y seguridad

Elementos Medibles:

- El equipo de calidad e IAAS refuerza cumplimiento de medidas de prevención y control de riesgos clínicos y de IAAS mediante supervisión directa en periodo de emergencia.
- Existen mecanismos establecidos de refuerzo de canales alternativos para la cita y atención presencial y no presencial.
- Están establecidos los circuitos diferenciados de tránsito y manejo de grupos vulnerables.
- Se realizan reuniones periódicas de revisión de posibles escenarios de emergencia sanitaria, factores de éxito, fallos y errores.
- Se actualiza formación teórica y práctica de los profesionales en el uso de equipos de protección individual.

Característica GLI 5.3 - Plan de Contingencia integral

Elementos Medibles:

- Existe un Plan de Contingencia institucional ante emergencias sanitarias.
- Se realiza simulación, al menos una vez al año, para aplicar un plan de contingencia, se analizan sus resultados y se implementan medidas de mejora.
- Se ha establecido un programa de formación integral de profesionales de unidades críticas para enfrentar altas demandas de atención de distintos grupos etarios, revisión periódica de inventarios de equipamiento, fármacos e insumos críticos u otros específicos que se puedan requerir ante una emergencia.

Característica GLI 5.4 - Cuidando a los profesionales

Elementos Medibles:

- Tiene establecido programas de ayuda psicológica, de habilidades de autorregulación y de vigilancia activa de la salud del personal sanitario.
- Mantiene actualizadas y difundidas recomendaciones para el personal para proteger a sus familias de posibles contagios.
- Tiene registros claros y actualizados de datos de contacto, domicilio y grupo familiar del personal sanitario.
- Establece medidas de traslado y lugar físico de reposo y alimentación del personal sanitario de primera línea en situaciones de emergencia.

Característica GLI 5.5 - Comunicación y Humanización

Elementos Medibles:

- Existe protocolo de la comunicación e interacción de las personas y funcionarios con su entorno familiar cercano, para prevenir daños emocionales.

COMPONENTE GLI 6. Gestión de Personas

Intención: Que la institución cuente con equipos competentes, cuidados y comprometidos, gestionados desde la gobernanza con una mirada estratégica y humana, de modo de asegurar una atención segura, de calidad y verdaderamente centrada en las personas.

Característica GLI 6.1 Política institucional de Gestión de Personas

Elementos Medibles:

- Está implementada una política institucional que garantiza procesos de reclutamiento, selección, retención, desarrollo y formación continua del personal.
- Existe un plan estratégico de gestión de personas implementado.
- El equipo directivo garantiza disponibilidad adecuada de personal para satisfacer en todo momento las necesidades de los pacientes.
- Las jefaturas de servicios clínicos han establecido un procedimiento para responder ante contingencias de falta de personal.

Característica GCL 6.2 Marco ético para la atención en salud

Elementos Medibles:

- Existe un código de ética y de buenas prácticas difundido y conocido por todo el personal.
- Están definidos los valores que orientan el código de ética, que incluye a lo menos: buen trato y atención humanizada, compromiso y excelencia, responsabilidad, inclusión y no discriminación, igualdad de género y diversidad sexo genérica y trabajo en equipo.
- Está establecido un sistema de integridad institucional.

Característica GLI 6.3 Desarrollo y formación continua del personal

Elementos Medibles:

- Existe una política de capacitación y desarrollo del personal.
- Se ha constituido un comité bipartito de capacitación con representación de los directivos y de los distintos estamentos de funcionarios.
- Se da cumplimiento a un programa anual de capacitación del personal, de acuerdo a sus necesidades, expectativas, en línea con los objetivos estratégicos y misión de la institución.

Característica GLI 6.4 Calidad de vida y ambiente laboral

Elementos Medibles:

- Existe un compromiso liderado por el equipo directivo para apoyar medidas destinadas a conciliar la vida personal y familiar con el trabajo, a través estrategias y protocolos.
- La institución proporciona las facilidades para que las personas tengan acceso a los derechos y actividades contenidas en el protocolo de conciliación.
- Se desarrolla un programa de comunicación y difusión permanente acerca de los derechos que asisten al personal y también sus obligaciones.
- Funciona un comité de buen trato con participación transversal institucionalmente.
- Se realizan actividades para fortalecer y promover el trabajo en equipo.
- Existe evaluación anual de ambiente laboral y salud mental.
- Se han realizado acciones de intervención en las áreas correspondientes, cuando los resultados del indicador no alcancen los resultados obtenidos.

Característica GLI 6.5 Salud del Personal

Elementos Medibles

- Se realiza al personal de atención directa, control anual preventivo de salud, que incluye a lo menos control visual, auditivo y examen general.
- Se efectuó inmunización de acuerdo a normativa vigente a todo el personal.
- Se han implementado medidas de prevención para el resguardo de la seguridad de las personas y funcionarios en situaciones de riesgo y apoyo al personal.

ÁMBITO PROCESOS CLÍNICOS CLAVES Y TRAZADORES (PCLT)

Intención: Evaluar la calidad y seguridad de la atención en diferentes procesos críticos que impactan directamente en la atención de salud de las personas.

COMPONENTE PCLT 1. Atención intrahospitalaria

Intención: Asegurar que las personas hospitalizadas reciban una atención clínica integral, continua, segura y de calidad, basada en procesos asistenciales estandarizados, oportunos y centrados en la persona, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria, en todas las etapas del ciclo vital.

Característica PCLT 1.1 – Proceso General de Atención Intrahospitalaria

Elementos Medibles:

- Se informó a la persona y su red de apoyo oportunamente, respecto a temas financieros y administrativos relevantes relacionados a su hospitalización e intervención. A lo menos información específica de valores y presupuesto quirúrgico.
- Se constata que existe evaluación y manejo del dolor al ingreso de la persona.
- Se cumplen los planes de cuidados integrales, de acuerdo con el protocolo.
- Los registros clínicos contienen los datos mínimos definidos institucionalmente. Al menos: protocolo operatorio, protocolo de anestesia, registros de enfermería, evaluación médica, evaluación nutricional, rehabilitación y exámenes.
- Se cumple el principio de ficha clínica única.
- Se aplicó encuesta para evaluar si la persona considera que se tomaron en consideración en su proceso de atención sus necesidades y expectativas.
- Se constata aplicación de encuesta a un porcentaje de personas dadas de alta, existe análisis de los resultados obtenidos y planes de mejora.
- Se entrega educación y orientación previa al alta de forma integral por parte del equipo, en lenguaje amigable y claro.
- Se resguarda la continuidad de la atención post alta: epicrisis legible y en lenguaje amigable y claro, citas a control, derivación, etc.
- Existe registro de ingreso médico y de enfermería con los contenidos mínimos establecidos a nivel institucional.
- Existe evidencia que al ingreso de la hospitalización se consulta, al menos, sobre: si existen voluntades anticipadas, consentimiento de donación de órganos y recepción de hemoderivados, aspectos sociales, por ejemplo, redes de apoyo.
- Se aplicaron las medidas de evaluación y prevención de riesgo: identificación, lesiones por presión (LPP), caídas, trombosis venosa profunda (TVP) y errores de medicación.
- Se ejecutan acciones de cuidado, priorizando el respeto de los ciclos biológicos y necesidades de las personas, por sobre las conveniencias organizacionales y existe un responsable de velar por su cumplimiento.
- Existen registros de enfermería y plan de cuidados, de acuerdo con necesidades de la persona.
- Existen registros de evoluciones médicas y de otras profesionales diarias, que correspondan (kinesiólogo, nutricionista, matrona, enfermera, otros).
- El equipo multidisciplinario (médico, pediatra, matrona, nutricionista, psicólogo, otros), desarrolla un plan de tratamiento coordinado para la entrega de una atención centrada en la persona.

- Existe plan nutricional de acuerdo con las preferencias y requerimientos específicos de la persona.
- Se ofrecen y aplican medidas de apoyo emocional y entretención en caso que el tiempo de hospitalización lo permita.
- Los criterios de ingreso y egreso de la hospitalización consideran otros criterios, tales como, socioeconómico, alta voluntaria, disciplinaria u otro.
- Se aplica protocolo de procuramiento de órganos, en los casos que corresponda.
- La persona y su red de apoyo conocen a su médico o médica tratante, quien le explica su evolución en términos claros y comprensibles. En personas hospitalizadas, al menos en forma diaria; y en personas con atención ambulatoria, en cada control o ciclo de quimioterapia.
- Se ofrece y se facilitan terapias de apoyo complementarias, tales como, talleres de pintura, lectura, musicoterapia u otras; en casos requeridos.
- Se realizan actividades de seguimiento del diagnóstico de necesidades y expectativas pesquiasadas, considerando la participación de las personas y/o tutores (rondas de seguridad).
- Se mantiene la continuidad de enseñanza-aprendizaje en niños de edad escolar durante su hospitalización general.
- Si la persona lo requiere se aplican acciones de medicina complementaria en caso corresponda.
- El proceso de planificación de alta incorpora educación y orientación al alta, de forma integral por parte del equipo, en lenguaje amigable y claro a la persona y familia o cuidador.

Característica PCLT 1.2 - Proceso Quirúrgico

Elementos Medibles:

- Se realiza evaluación pre quirúrgica.
- La persona o familiar o representante, recibió de parte del profesional responsable de realizar el procedimiento, la información correspondiente a lo que se le realizará, sus objetivos, beneficios, características, potenciales riesgos y alternativas.
- El equipo multidisciplinario acordó un plan de cuidados integrales de acuerdo con las necesidades y expectativas de la persona, incorporando a la persona, familia o persona de apoyo, cuando corresponda.
- La anamnesis de ingreso médico, contiene toda la información que está definida en el protocolo.
- Se aplicaron protocolos de prevención de eventos adversos (identificación, cirugía segura, TVP, entre otros).
- Se permitió acompañamiento hasta la inducción de anestesia, para disminuir ansiedad en los casos que corresponde (niños, personas con Trastornos de Espectro Autista, u otros), y en postoperatorio inmediato y mediato, de acuerdo con el protocolo establecido.

- Existe trazabilidad de biopsia de acuerdo con el protocolo institucional.
- Se realizó la vigilancia IAAS durante y post hospitalización.
- Existe control post operatorio inmediato y cumplimiento de protocolos, independiente del servicio clínico donde se realice.
- Existe cumplimiento de protocolo de seguridad de salida de recuperación.

Característica PCLT 1.3 - Proceso de Atención Integral del Parto

Elementos Medibles:

- Se aplica un proceso de atención humanizada del parto (contenidos mínimos: funcionamiento de la unidad, educación a la persona gestante, medidas farmacológicas y no farmacológicas, manejo técnico de la atención del pre-parto, parto, puerperio y atención del recién nacido).
- Al ingreso, se revisan los antecedentes relativos al control prenatal.
- Existe registro de antecedentes de riesgo y antecedentes mórbidos, diagnóstico y plan de tratamiento de la diada madre-hijo.
- A la persona gestante y acompañante, les explicaron el procedimiento a seguir en términos claros y comprensibles, conoce los beneficios y riesgos de la vía de parto indicada, y recibió información de la matrona y/o médico que la ingresó o atendió.
- El equipo (médico, pediatra, matrona, nutricionista, psicólogo, otro) desarrolla plan de tratamiento coordinado para la entrega de una atención.
- El equipo tratante entrega información y educación de la preparación para el parto o cesárea, a la persona gestante o acompañante.
- Se han respetado las creencias y cultura de la persona gestante durante el pre-parto, parto y post parto, si las condiciones lo permiten.
- Se proporcionan las facilidades, para un apego seguro durante la atención inmediata del recién nacido.
- Los registros de la atención inmediata del RN (apgar, peso, talla, etc.) están claros y legibles en la ficha clínica.
- Se realizó educación sobre cómo usar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor. Adicionalmente se le explican los beneficios y riesgos de las medidas farmacológicas.
- Se aplicaron las medidas de evaluación y prevención de riesgos para la madre y RN.
- En caso de muerte gestacional o perinatal, se entrega apoyo y se aplican medidas de acuerdo con la normativa vigente, Ley N°21.371, que establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal.
- Se entrega la placenta en los casos que la madre lo solicita, de acuerdo con el procedimiento establecido institucionalmente, Decreto Supremo N°43 de MINSAL, año 2016.

Característica PCLT 1.4 - Proceso Oncológico

Elementos Medibles:

- Se analiza el caso en comité oncológico multidisciplinario.
- Los casos se analizan en comité de ética cuando corresponde.
- La decisión y abordaje oncológico terapéutico es consensuado por el comité multidisciplinario.
- Se explican las alternativas de manejo y tratamiento de su problema de salud, y se recoge la opinión y postura de la persona, respecto de las alternativas a seguir para la toma de decisión de su plan de tratamiento.
- Se aplican medidas preventivas y de manejo clínico de efectos no deseados de quimioterapia y radioterapia.
- Existe trazabilidad en tiempo desde la sospecha hasta el seguimiento post tratamiento terapéutico aplicado.

COMPONENTE PCLT 2. Atención Prehospitalaria

Intención: Que la institución asegure procesos clínicos prehospitalarios seguros, oportunos y coordinados, permitiendo una atención eficaz desde el inicio del proceso asistencial y una transición fluida y segura hacia la atención hospitalaria, centrada en las personas.

Característica PCLT 2.1 - Proceso Atención de Urgencia

Elementos Medibles:

- Se aplica el sistema de categorización y se cumplen los criterios definidos a nivel local y, de acuerdo a normativa vigente.
- La atención se otorga de acuerdo a los criterios de tiempo establecido de acuerdo a categorización.
- Se aplica la normativa vigente respecto a la "Ley de urgencia" y condicionamiento de atención, y es conocida por el personal de servicio de urgencia.
- Se facilita el acompañamiento al paciente durante su atención, de acuerdo con la normativa legal e institucional vigente.
- El proceso de atención de personas considera sus condiciones especiales. (Ej. Agitación psicomotora, adultos mayores, espectro TEA, demencia, etc.).
- El sistema de alerta para la atención de una persona en riesgo vital, se encuentra operativo y se supervisa periódicamente.
- Se cumple el procedimiento cuando el paciente requiere permanecer en observación.
- Existe un límite determinado de tiempo para los pacientes que permanecen a la espera de cama de hospitalización y están implementadas las medidas para facilitar su cumplimiento.

8.

TEMAS Y ETAPAS A SEGUIR DESARROLLANDO





En síntesis, esta propuesta pretende establecer fundamentos en un marco conceptual, estratégico y estructural que permita avanzar de manera progresiva, participativa y técnicamente robusta hacia su implementación, para la evolución del Estándar General de Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. En este sentido, se reconoce que una siguiente etapa de trabajo será clave para profundizar y operacionalizar los lineamientos aquí definidos.

En particular, deberán ser elaborados y desarrollados en una próxima fase, entre otros, los siguientes puntos:

8.1 LA REVISIÓN, DEFINICIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS CONTENIDOS DEL ESTÁNDAR PARA TODOS LOS ÁMBITOS Y COMPONENTES YA AVANZADOS EN PROPUESTA Y AVANCE EN ÁMBITOS QUE FALTA DESARROLLAR.

ÁMBITO GOBERNANZA Y LIDERAZGO INSTITUCIONAL CON ACP (GLI), propuesta completa de componentes, características y elementos medibles, para este ámbito de procesos estratégicos necesarios para la gobernanza y el liderazgo institucional de la calidad centrada en las personas.

Se deben revisar y definir valores de referencia de Indicadores de característica GLI 1.6 - Monitoreo y evaluación periódica de indicadores de resultado sanitarios y de experiencia de las personas en su atención, correspondiente al Componente GLI 1. Gestión de Calidad.

ÁMBITO PROCESOS CLAVES Y TRAZADORES (PCLT), pendiente por desarrollar los componentes:

- Atención a distancia.
- Atención ambulatoria y de apoyo diagnóstico-terapéutico (consultas, odontología, diálisis, imagenología, laboratorio, rehabilitación y terapia física y respiratoria, entre otros.

ÁMBITO DE PROCESOS DE SOPORTE, pendiente desarrollar los componentes:

- Sistemas de Tecnologías de la Información (TI) y Registros Clínicos.
- Infraestructura y Equipamiento.
- Servicios de Abastecimiento Terapéutico (farmacia, bodega insumos).
- Nutrición Clínica.
- Esterilización.

8.2 EL DISEÑO DETALLADO DE LA METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EN TERRENO

Incorporando herramientas e instrumentos que permitan evaluar y verificar la experiencia de las personas, la calidad técnica y los resultados sanitarios, asegurando objetividad, trazabilidad y comparabilidad entre los prestadores.

8.3 LA DEFINICIÓN DE REGLAS DE DECISIÓN

Resguardando la correcta valoración que se dará a cada característica y el resultado final de cumplimiento del estándar en su totalidad para obtener la condición de acreditado, sin perder de vista la factibilidad de optar a planes de mejora como motor de la calidad.

8.4 APLICACIÓN DE PILOTO Y CONSULTA PÚBLICA

Para sensibilizar instrumento de evaluación en un número representativos de prestadores institucionales públicos y privados a nivel nacional, y ajustar sus contenidos y reglas de decisión de acuerdo a los resultados reales obtenidos.

8.5 EVALUACIÓN DE CAMBIOS NORMATIVOS Y AJUSTES REGULATORIOS

Para la implementación y sustentabilidad del nuevo modelo del Sistema Nacional de Acreditación, considerando que actualmente existen 37 Entidades Acreditadoras con un número mayor a 700 profesionales evaluadores autorizados en el sistema, lo que dificulta la unificación de criterios para la metodología de evaluación en terreno, aumenta la variabilidad de habilidades blandas y disminuye la capacidad de fiscalización presencial preventiva y correctiva del trabajo en terreno de los evaluadores, y la fiscalización preventiva de mantención de estándares por parte de los prestadores acreditados, a cargo de la Intendencia de Prestadores.

Factibilidad de vincular los resultados sanitarios evaluados a través de la acreditación con los mecanismos de pago, compra de servicios o convenios, desde los seguros previsionales de salud a prestadores institucionales de salud, y transparentar a la ciudadanía información de resultados de indicadores.

8.6 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN GRADUAL

Que considere capacidades institucionales, estrategias de capacitaciones, gestión del cambio y acompañamiento a los prestadores.

8.7 DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y TRASPARENCIA DE RESULTADOS HACIA LA CIUDADANÍA,

Fortaleciendo del enfoque de derechos y la confianza en el sistema. De este modo, la propuesta presentada sienta las bases para un proceso de transformación del sistema de evaluación de la calidad en salud, alineado con los principios de humanización, atención centrada en las personas y mejora continua, contribuyendo al fortalecimiento del derecho a la calidad en salud y al desarrollo de organizaciones sanitarias más seguras, confiables y orientadas a generar valor para las personas y la comunidad.

PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA HACIA UNA ATENCIÓN HUMANIZADA CENTRADA EN LAS PERSONAS

Superintendencia de Salud · Gobierno de Chile

Información de Contacto

Teléfono: 600 836 9000

Dirección: Alameda 1449, Torre 2, Local 12, Santiago

Metro La Moneda

Horarios: Presencial L-V 9:00-14:00 · Telefónica L-V 9:00-16:00

www.supersalud.gob.cl



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD