



AVANCES Y DESAFÍOS DEL SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN EN
SALUD EN CENTROS DE DIÁLISIS, DE LA REGION METROPOLITANA

POR: ROXANA MACARENA ARIAS GARRIDO

Tesis presentada a al Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo
para optar al Grado Académico de **Magíster en Políticas Públicas**.

PROFESOR GUÍA:

Sr. Rodrigo Troncoso

Junio 2018
SANTIAGO

Agradecimientos

Al final de un proceso es importante agradecer a todos quienes nos apoyan a lograr nuestros objetivos, en primer lugar a mi compañero de vida y mis hijas por ser mi motor para lograr nuevos desafíos.

En segundo lugar a mi profesor guía, por todo su apoyo para lograr finalizar este proyecto.

Finalmente agradecer a esa luz que me guía y acompaña día a día, ayudándome a lograr los objetivos que me ayuden a contribuir con nuestra sociedad.

Tabla de Contenido

Índice de tablas	iv
Introducción.....	1
1. Planteamiento del problema	3
2. Marco Teórico.....	6
2.1. Marco Legal	6
2.2. Proceso de acreditación de Centros de Diálisis.....	15
a.- Ámbito: Respeto a la Dignidad del Paciente	20
b.- Ámbito: Gestión de la Calidad.....	20
c. Ámbito: Gestión Clínica	21
d. Ámbito: Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención.....	22
e. Ámbito: Competencias del Recurso Humano	23
f. Ámbito: Registros	24
g. Ámbito: Seguridad del Equipamiento.....	25
h. Ámbito: Seguridad de las Instalaciones.....	25
i. Ámbito: Servicios de Apoyo	27
2.3. Enfermedad renal crónica en Chile y Región Metropolitana	28
3. Objetivos.....	30
3.1. General	30
3.2. Específicos.....	30
4. Metodología	31
4.1. Tipo de estudio.....	31
4.2. Diseño de estudio	31
4.3. Población	31
4.4. Técnica de recolección y análisis de datos	31
4.5. Análisis de Resultados.....	33
5. Conclusiones y recomendaciones.....	39
6. Referencias Bibliográficas	41

Índice de tablas

Tabla 1. Total de prestadores sujetos acreditación en Chile. Diciembre 2017 .	33
Tabla 2. Total de prestadores acreditados por estándar de acreditación en el país y Región Metropolitana	35
Tabla 3. Número total de centros de diálisis acreditados en la RM.....	37
Tabla 4. Brecha de cumplimiento de acreditación de centros de diálisis	38

Resumen

Introducción

En el marco de los sistemas de salud a nivel mundial, existen una serie de políticas públicas, regulaciones legales, y normativas que las instituciones destinadas a prestar servicios de salud deben cumplir, a fin de garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones de salud.

Sin embargo, a pesar de las regulaciones legales, así como el interés mostrado por los prestadores ya sea públicos como privados por el cumplimiento de estas regulaciones, existen brechas de cumplimiento en los prestadores, ante las cuales el regulador debe velar por el cumplimiento de la normativa vigente en los plazos establecidos, para la correcta instalación de una política pública.

En este contexto, una de las principales políticas públicas que se implementan en el sector salud en el mundo, son procesos de acreditación para los centros de salud, y en Chile en función del cumplimiento de la garantía de calidad de la Ley 19.966, ley del régimen general de garantías explícitas en salud (GES).

En Chile, al establecer una garantía de calidad en la atención y con la reestructuración de la super intendencia de salud el año 2005 se establecen los estándares de acreditación de calidad en salud para los distintos tipos de prestadores, tales como; atención cerrada, abierta, laboratorio y centros de diálisis, entre otros.

El estandar de acreditación de centros de diálisis fue emitido a través del un decreto del Ministerio de Salud, N° 34 de marzo del año 2010, el que estableció la fecha de cumplimiento de acreditación a los prestadores para el 1 de julio del 2018, y quienes no cumplan con la garantía de calidad a esa fecha no podrán continuar otorgando la prestación del servicio de diálisis a los aseguradores ya sea público (FONASA) como privado (ISAPRES) y los respectivos usuarios.

Ante esta expectativa se plantea el objetivo de analizar el avance en acreditación de los centros de diálisis de la región Metropolitana, considerando que el mayor número de usuarios se encuentra en esta región, por lo que de no cumplirse con los plazos de acreditación un mayor número de usuarios estará en riesgo de no poder continuar con su tratamiento garantizado por el GES.

Al analizar los datos de la Región Metropolitana se observa que un 77% de los centros de diálisis de la región no se encuentran acreditados a diciembre de 2017. Lo que puede generar una gran sobrecarga al sistema nacional de acreditación por la gran demanda de los centros por acreditarse en los últimos seis meses antes del vencimiento del decreto u obligará a las autoridades a prorrogar el decreto y un atraso en el cumplimiento de la garantía de calidad para los pacientes dializados, lo cual es el fin de esta política pública.

Las grandes preguntas que surgen es porque los centros de diálisis

esperaron hasta último momento para iniciar con sus procesos de acreditación.

1. Planteamiento del problema

En el ámbito mundial los sistemas de salud avanzan a certificarse en sistemas de calidad, existiendo múltiples modelos de gestión y acreditación en calidad en la salud internacional, entre ellos destacan *International Organization for Standardization* (ISO), que establece los requerimientos para el sistema de gestión de calidad de una organización, ha sido frecuentemente aplicada al sector salud, también existe el *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JACHO), uno de los modelos más conocidos en el mundo de Acreditación de Instituciones de Salud, *European Foundation for Quality Management* (EFQM) conocido en español como Modelo de calidad y excelencia de la unión europea, aplicable a cualquier organización y el Modelo iberoamericano de excelencia en la gestión, el cual trata de crear un punto de referencia único en el que se encuentren reflejados los distintos modelos de excelencia nacionales de países iberoamericanos

En Chile la reforma realizada al sector salud en el año 2005 establece un cambio de enfoque respecto a la salud como un derecho, y establece garantías para todos los beneficiarios ya sean del seguro público como privado. Entre las patologías con garantías, desde el primer decreto de Garantías

Explicitas en Salud (GES) de ese mismo año se incluye la Enfermedad Renal Crónica terminal, donde se garantiza como tratamiento entre otros la hemodiálisis y la peritoneodiálisis. A fin de asegurar la calidad de estas prestaciones el año 2010 la superintendencia de salud establece el estándar de acreditación de centros de diálisis.

En este contexto, los centros dedicados a prestar el servicio de diálisis deben dar cumplimiento a los componentes establecidos en el Manual del Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis, el cual los evalúa en función de nueve (9) ámbitos, estos son: respeto a la dignidad del paciente, gestión de la calidad, gestión clínica, acceso, oportunidad y continuidad de la atención, competencias del recurso humano, registros, seguridad del equipamiento, seguridad de las instalaciones y servicios de apoyo (Superintendencia de Salud, 2010).

Cada uno de estos ámbitos involucra una serie de componentes, los cuales son medidos por indicadores de calidad y gestión que deben poseer dichos centros, de manera que sean considerados aptos para prestar servicios de calidad y seguros a los pacientes con insuficiencia renal crónica, sin embargo, muchos de ellos no cumplen con lo estipulado en dicho documento oficial, por lo que no cuentan con la acreditación correspondiente.

Esta situación, constituye una problemática para el sector salud, puesto que constituye un no cumplimiento de una ley y de una política pública que busca asegurar la calidad de las prestaciones establecidas en el GES, así como para lograr satisfacer necesidades y expectativas de los usuarios que

requieren atención oportuna, segura y de calidad para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

2. Marco Teórico

2.1. Marco Legal

El año 2006 a través de un Decreto Fuerza de Ley, se realizó el último gran cambio al sistema de salud chileno, que fija la estructura, funciones y atribuciones, tanto del ministerio, subsecretarías, secretarías regionales ministeriales (SEREMI), servicios de salud, hospitales autogestionados, fondo nacional de salud (FONASA), instituto de salud pública (ISP), central nacional de abastecimiento (CENABAST) y súper intendencia de salud. Fueron seis las leyes fundamentales que abarcaron la estructura del sistema, financiamiento y enfoque de derechos ciudadanos al acceso universal de las atenciones de salud con tiempos de espera, calidad y protección financiera garantizadas, las leyes son:

Ley 19.888.- 13 de Agosto de 2003. Ley de Financiamiento: Establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno de turno, a través de la aplicación de un 1% sobre el valor del IVA, por una sola vez. A través de esta ley se buscó el financiamiento para avanzar en dos grandes reformas sociales, el sistema Chile solidario, y la reforma a la salud que buscaba garantizar atención de salud oportuna y de calidad, esta ley permitió recursos económicos adicionales necesarios para financiar las actividades de apoyo a la población establecidas en el Plan Auge.

Ley 19.895.- 28 de Agosto de 2003 Ley de Solvencia de ISAPRES: que asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados. En esta ley se modifica la normativa anterior establecida en la ley 18.933 sobre instituciones de salud previsional, el DL 3.500 de 1980 sobre Fondos de Pensiones y el DFL N° 251 de 1931 en relación a Compañías de Seguros. Introduce nuevas normativas de control para evitar que los beneficiarios de las isapres se vean afectados por situaciones relacionadas al cierre o quiebra de algunas de estas instituciones. Por lo tanto, se establecen las condiciones mínimas para asegurar la solvencia de ellas.

Respecto a las ISAPRES establece obligaciones respecto a su patrimonio, de acuerdo al nivel de endeudamiento de la institución, establece un patrimonio de 0,4% o mas del nivel de endeudamiento. También establece normas de liquidez (no inferior a 0,8 veces la relación entre el activo circulante y el pasivo circulante) y de garantía que aseguran al beneficiario en caso de cierre o quiebra de la institución. La falta de cumplimiento a esta ley es lo que generó la crisis de la Isapre MAS VIDA, y demostró que la superintendencia faltó a su rol fiscalizador del sistema.

Ley 19.937.- 24 de Febrero de 2004 Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión: Modifica el Decreto Ley N° 2.763, de 1979. Sen esta ley se separa las

funciones de provisión de servicios de salud y regulación del sector, fortalece la autoridad sanitaria y crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados. Es una de las principales leyes de la reforma ya que propone la nueva estructura de salud pública del país, vigente en la actualidad.

Transfiere funciones desde las Direcciones de Servicios de Salud a las Secretarías Regionales Ministeriales, fortaleciendo a la autoridad sanitaria regional.

Ley 19.966.- 03 de Septiembre de 2004 Ley del Régimen General de Garantías en Salud: establece un régimen de garantías en salud (Plan AUGE). Lo que implica entregar al Ministerio de Salud de las atribuciones para definir prioridades sanitarias y garantías explícitas.

Las garantías establecidas de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, tanto para los beneficiarios del sistema público como privado de salud, contribuyendo así en la disminución de las brechas de equidad del sistema de salud de nuestro país.

La definición de enfermedades prioritarias de parte del Ministerio de Salud considera, entre otros, criterios de magnitud, trascendencia y gravedad de la situación presente y proyectada del país; la efectividad de las acciones necesarias para el control de esas enfermedades disponibles en el país; la eficiencia de Fonasa e Isapres; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera; así como los valores sociales y culturales. Esta ley es la que actualmente cuenta con 80 patologías con garantías explícitas.

Ley 20.015.- 17 de mayo de 2005 Ley de ISAPRES: Modifica Ley nº 18.933.- , sobre Instituciones de Salud Previsional. Mejora transparencia y rol de la Superintendencia de Salud. Esta Ley se conoce como “Ley larga de Isapres”; sus principales modificaciones se orientan a limitar el alza de precios de los planes ofrecidos, uniformar aranceles y las tablas de factores. Además, establece el Fondo de Compensación Solidario (FCS) para las Garantías Explícitas de Salud (GES).

Ley 20.584.- 24 de abril de 2012. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Busca el respeto a las personas y el resguardo de su privacidad y la confidencialidad de los datos queriendo promover la participación activa en su proceso de atención en salud. Establece un catálogo de derechos expresos el paciente y los procedimientos de reclamo para resguardar estos derechos ante el prestador institucional. Su cumplimiento es fiscalizado por la Superintendencia de Salud.

Ley del Régimen General de Garantías en Salud

Las leyes 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión junto a la ley 19.966 (Ley GES) constituyen pilares fundamentales de la reforma, esta última en su artículo 2º establece garantías explícitas de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad. Además, asegura la obligatoriedad de las garantías como derechos de los beneficiarios tanto del seguro público (FONASA) como del seguro privado (ISAPRES). La ley GES, que actualmente considera 80 patologías, se operacionaliza a través de un decreto supremo publicado en el diario oficial, desde su puesta en marcha se han oficializado siete decretos GES, desde 25 a 80 patologías garantizadas.

La insuficiencia renal crónica terminal es una de las patologías que han estado garantizadas desde la puesta en marcha de la ley, considerando entre su tratamiento el acceso a hemodiálisis en siete días desde la confirmación diagnóstica.

La ley GES, en su artículo 4º define lo que se entenderá por cada una de las garantías:

Garantía explícita de acceso: obligación del seguro de salud, ya sea público o privado de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios, en la forma y condiciones que determine el decreto específico. En el caso de la Enfermedad Renal Crónica en etapa 4 y 5, como se define actualmente en el decreto N° 3, vigente desde el año 2016, esta garantía establece que todo beneficiario con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento (hemodiálisis o peritoneodiálisis) de acuerdo a la

norma específica. Así como también estudio de pre trasplante y acceso a lista de espera para trasplante.

Garantía explícita de oportunidad: corresponde al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas. Establece tiempo para el cumplimiento de las garantías de la cada una de las patologías. En el caso de la enfermedad renal establece para esta garantía el inicio de la hemodiálisis dentro de 7 días, de peritoneodiálisis dentro de 21 días, y acceso vascular para hemodiálisis dentro de 90 días desde la indicación médica.

Garantía explícita de protección Financiera: corresponde a la contribución que deberá efectuar el afiliado, por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

Garantía explícita de calidad: asegura el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado. A fin de garantizar el cumplimiento de esta garantía, el Ministerio de Salud publica el año 2010 a través del Decreto Exento N° 34, el Manual del estándar general de acreditación para Centros de Diálisis. A fin de que los centros que otorgan estas prestaciones comiencen su proceso de preparación para posteriormente acreditarse y dar cumplimiento a la garantía de calidad.

El decreto GES N° 3 del año 2016, establece en su artículo N° 14 la fecha de cumplimiento de los procesos de acreditación para los prestadores de salud.

Así, para 1 de julio del año 2013, todas las prestaciones de salud que requieran ser otorgadas por prestadores de atención cerrada (hospitales y clínicas) de alta complejidad, deben estar acreditados por la Superintendencia de Salud, estos centros fueron los primeros en tener obligatoriedad de acreditación, siendo la Clínica Alemana de Santiago el primer centro acreditado en Chile, en Diciembre del año 2009 y el Hospital Exequiel González Cortés el primer establecimiento público acreditado el año 2011 y re acreditado el año 2015.

Respecto de los prestadores institucionales de atención cerrada de mediana complejidad, deberán estar acreditados a contar del 1 de enero de 2018.

Respecto de los prestadores institucionales de atención cerrada de baja complejidad, a contar del 1 de enero de 2019.

Respecto de los Centros de Diálisis, a contar del 1 de julio de 2018. Dado que el estándar de acreditación de estos centros fue publicado el año 2010, los centros de diálisis contaban con 8 años para dar cumplimiento a la garantía de calidad.

Respecto de los Prestadores Institucionales de Servicios de Imagenología de Alta Complejidad, a contar del 30 de junio de 2019.

Respecto de los Laboratorios Clínicos de Alta Complejidad, a contar del 30 de junio de 2019.

Respecto de los prestadores institucionales de atención abierta de alta complejidad, a contar del 1 de julio de 2018.

Respecto de los prestadores institucionales de atención abierta de mediana complejidad, a contar del 30 de junio de 2019.

La acreditación es un proceso de evaluación periódico, respecto del cumplimiento de estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud. Esta evaluación es realizada por pares externos y requiere de un proceso de organización, compromiso y planificación por parte del Prestador. El decreto supremo N° 15 del año 2007 del Ministerio de salud, y sus posteriores modificaciones establece el reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud, en su artículo 1 establece:

Artículo 1º.- La acreditación de los prestadores institucionales de salud autorizados, públicos y privados, se efectuará en conformidad al reglamento. Dicho proceso estará destinado a evaluar el cumplimiento, por parte de aquellos prestadores institucionales que se sometan a él, de los estándares fijados con el objeto de velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios.

En su título II, de los artículos 4 al 8 habla de los estándares de calidad, los cuales serán de dos tipos, estándares generales para los distintos tipos de establecimientos y estándares específicos para determinadas prestaciones o grupos de prestaciones. Los primeros se aplicarán a la totalidad del

establecimiento en cuanto a su funcionamiento general como tal, en tanto que los específicos registrarán prestaciones determinadas, de forma que los prestadores deberán evaluarse sobre el estándar general que corresponda a su tipo de establecimiento y además sobre aquellos específicos aplicables a las prestaciones por las que quiera ser acreditado.

A Diciembre de 2017 existe 9 manuales de estándares de calidad que a continuación se detallan:

- Estándar para atención cerrada.
- Estándar para atención abierta.
- Estándar para atención psiquiátrica cerrada.
- **Estándar para centro de diálisis.**
- Estándar para servicios de esterilización.
- Estándar para servicios de imagenología.
- Estándar para laboratorios clínicos.
- Estándar para servicios de radioterapia.
- Estándar para unidades de quimioterapia ambulatoria.

El manual y pauta de cotejo para acreditación de centros de diálisis fue aprobado en el Decreto exento N° 34 de marzo de 2010 del Ministerio de Salud en él se fijan los estándares mínimos que deberán cumplir los

prestadores de diálisis (públicos y privados) para garantizar que las prestaciones otorgadas alcancen la calidad requerida para asegurar la seguridad de sus usuarios.

2.2 Proceso de acreditación de Centros de Diálisis.

El proceso de acreditación de un centro de diálisis requiere del compromiso y apoyo de la administración y directivos del centro de diálisis, el primer paso corresponde a la planificación e implementación de una política y un plan de calidad institucional, junto a una estrategia de difusión de dicho plan en la institución.

El proceso formal previo a la solicitud de acreditación en la super intendencia parte con el Informe de Autoevaluación de acuerdo al estándar, formatos y contenidos mínimos definidos por la intendencia de prestadores de un período de seis meses retrospectivos para un primer proceso. Una vez acreditado el prestador, el alcance retrospectivo en el siguiente proceso de acreditación será de tres años.

Una vez completados estos pasos, se ingresa vía web la solicitud de acreditación y se entrega carpeta de antecedentes donde se incluyen las autorizaciones sanitarias vigentes, en la superintendencia de salud.

La superintendencia realiza un proceso de evaluación jurídico y técnico de la carpeta, y si aprueba la solicitud se procede al sorteo para la designación aleatoria de la entidad acreditadora para el centro de diálisis. Una vez sorteada la entidad y aceptadas por el evaluado, este debe cancelar el 50% del valor del proceso a la entidad designada, luego de efectuado el pago se acuerda la fecha de evaluación, donde, “La entidad acreditadora determinará el cumplimiento de una característica basada en la verificación de los elementos medibles durante la visita a terreno. Esta demostración puede realizarse a través de revisión de documentos o mediante la observación de procesos en terreno, según esté establecido en el manual de acreditación de centros de diálisis. No son aceptables como evidencia las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables”. *MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS.*

2010

Las Entidades Acreditadoras, una vez concluida la evaluación de todas las características aplicables al Centro de Diálisis y habiendo determinado el cumplimiento o incumplimiento de las características evaluadas, decide si otorga o deniega la acreditación respectiva, o si otorga dicha acreditación con observaciones, de conformidad con las normativa vigente.

El proceso de acreditación de un centro de diálisis contempla la evaluación de 9 ámbitos, ellos se desglosan en 43 características, 9 de ellas obligatorias. Si alguna de las características obligatorias no fuese cumplida, la Entidad Acreditadora denegará la acreditación, sin perjuicio de concluir completa y debidamente el informe del proceso de acreditación.

Si se han cumplido todas las características obligatorias, la Entidad Acreditadora otorgará la Acreditación, o la otorgará con observaciones, según las siguientes reglas:

- a. Si el prestador institucional aspira a su primera acreditación, se le exigirá el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
- b. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

Si el prestador hubiere sido ya acreditado y aspire a una segunda acreditación, se le exigirá para acreditar el cumplimiento del 80% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación y para acreditar con observaciones, el cumplimiento del 65% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación

A continuación se presenta tabla resumen de los 9 ámbitos de evaluación de un centro de diálisis con sus respectivos componentes y características obligatorias:

Ámbito de evaluación	Componente	Característica Obligatoria
Respeto a dignidad del paciente	Trato Digno	Existe definición de derechos explícitos, para con y cada uno de sus pacientes y es informada por medios constatables a los pacientes que se atienden en el establecimiento.
Gestión de la calidad	Política de calidad	Existe una política de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.
Gestión Clínica	Sistema de evaluación de la práctica clínica	El prestador aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento de peritoneodiálisis y/o hemodiálisis. Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión.
Acceso, oportunidad y calidad de la atención.	Continuidad de la atención	El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias

		que exceden su capacidad de resolución.
Competencia del RRHH	Habilitación de profesionales y técnicos	Los profesionales médicos que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados. Los médicos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.
Registros	Uso de sistema formal de ficha clínica	El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.
Seguridad del equipamiento	Programa de mantenimiento preventivo	Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.
Seguridad de las instalaciones		No presenta característica obligatoria.
Servicios de apoyo		No presenta característica obligatoria.

Detalle de ámbitos de evaluación y características obligatorias

a.- Ámbito: Respeto a la Dignidad del Paciente

Evalúa si el prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga. Posee tres componentes y cuatro características de las cuales solo una es obligatoria, la cual se detalla a continuación:

Componente DP-1: El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno. Características:

DP 1.1 Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes y que es informada por medios constatables a los pacientes que se atienden en el establecimiento. **Esta característica es obligatoria y su cumplimiento se verifica a través de un instrumento de difusión de derechos de los pacientes, el cual debe ser es fácilmente accesible, legible y comprensible . En todo centro de diálisis se observa la carta de deberes y derechos en un lugar visible. Su umbral de cumplimiento es de 80%.**

b.- Ámbito: Gestión de la Calidad

Es ámbito evalúa si el prestador cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes. Sus componentes y características son las siguientes:

Componente CAL-1: El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejora continua de la calidad. Característica:

- CAL 1.1 Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes. **Esta característica es obligatoria y su cumplimiento se verifica a través de un programa de mejora continua de la calidad a nivel institucional y designación de un responsable. Su umbral de cumplimiento de 100%**

c. Ámbito: Gestión Clínica

Este ámbito, evalúa si el prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras. Sus componentes son 3 y sus características son trece, dos de ellas obligatorias, las siguientes:

Componente GCL-1: El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas. Características:

- GCL 1.1 El prestador aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento de peritoneodiálisis y/o hemodiálisis. **Esta característica es obligatoria y su cumplimiento se verifica a través de procedimientos de hemo y peritoneo diálisis. En el que se especifica el responsable de su ejecución y evaluación periódica. Su umbral de cumplimiento es de 66%**

- GCL 1.6 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión. **Esta característica es obligatoria y su cumplimiento se verifica a través de un protocolo de indicación médica de transfusión, el cual debe ser evaluar periódicamente la indicación. Su umbral de cumplimiento es de 100%.**

d. Ámbito: Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención

Este ámbito evalúa si el prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo. Sus componentes son dos y tres características, una de ellas obligatoria:

Componente AOC-2: El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.

Características:

- AOC 2.1 El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden su capacidad de resolución. **Esta característica es obligatoria y su cumplimiento se verifica a través de un protocolo de derivación de pacientes donde se especifique responsable de la derivación, red de derivación, transporte e información de acompañamiento del paciente. Su umbral de cumplimiento es de 100%.**

e. Ámbito: Competencias del Recurso Humano

Este ámbito evalúa si los profesionales y técnicos que realizan la atención de salud de los pacientes cumplen con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias. Sus componentes son cuatro y siete características de las cuales dos son obligatorias:

Componente RH-1: Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados. Características:

- RH 1.1 Los profesionales médicos que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados. **Esta característica es obligatoria y su cumplimiento se verifica a través del**

número de registro individual de profesionales de la salud de la superintendencia de salud. Su umbral de cumplimiento es de 100%.

- RH 1.3 Los médicos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.

Esta característica es obligatoria y su cumplimiento se verifica a través del número de registro individual de profesionales de la salud de la superintendencia de salud y sus certificados de especialidad registrada.

f. Ámbito: Registros

Este ámbito evalúa si el prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes. Su componente es uno y tres características, una de ellas obligatorias:

Componente REG-1: El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica. Características:

- REG 1.3 El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento. **Esta característica es obligatoria y su cumplimiento se verifica a través de un protocolo de informe de prestaciones realizadas a los pacientes, el que debe ser entregado ante una cambio de prestador. Su umbral de cumplimiento es de 100%.**

g. Ámbito: Seguridad del Equipamiento

Este ámbito evalúa si el equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada. Sus componentes son dos y tres características de las cuales una es obligatoria:

Componente EQ-2: Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo. Característica:

- EQ 2.1 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes. **Esta característica es obligatoria y su cumplimiento se verifica a través de un protocolo mantenimiento de equipos críticos, que incluya al menos desfibriladores, monitores de diálisis y equipos de tratamientos de agua. Su umbral de cumplimiento es de 100%.**

h. Ámbito: Seguridad de las Instalaciones

Este ámbito evalúa si las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios. Este ámbito cuenta con tres componentes y cinco características ninguna de ellas obligatoria.

Componente INS-1: El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones. Característica:

- INS 1.1 El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

Componente INS-2: El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permitan la evacuación oportuna de los usuarios y el personal. Características:

- INS 2.1 Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros.

- INS 2.2 El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.

Componente INS-3: Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de plan de contingencia por interrupción de servicios básicos. Características:

- INS 3.1 El prestador institucional ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de pacientes y público.
- INS 3.2 El prestador institucional ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.

i. Ámbito: Servicios de Apoyo

Este ámbito evalúa si el prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes. Sus componentes son cuatro y cuatro características ninguna de ellas es obligatoria

Componente APL: Laboratorio clínico. Los exámenes de laboratorio clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.

Característica:

- APL 1.1 Los exámenes de laboratorio comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

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

- APE 1.1 Las prestaciones de esterilización compradas a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

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

- APT 1.1 Los sistemas de transporte de pacientes comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

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

- APTr 1.1 Los servicios de medicina transfusional comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

2.3. Enfermedad renal crónica en Chile y Región Metropolitana

En Chile, durante los últimos 40 años se ha observado un aumento de la población con enfermedad renal crónica (ERC), el año 2011 se calculó una prevalencia global de ERC de 12,1% en los consultorios urbanos del sistema

de salud (Muller y Flores, 2011). El crecimiento de esta enfermedad ha sido tan explosivo estos últimos años, que el año 2013, más de 18.688 personas en Chile se encontraban en tratamiento renal. Según la Sociedad Chilena de Nefrología, esta cifra crecerá al menos un 12% en los próximos 10 años debido al envejecimiento de la población, el aumento de la diabetes tipo 2, obesidad y el poco control de la hipertensión arterial; consideradas estas, las principales causas del deterioro de las funciones del riñón (Bustos, 2015).

Asimismo, la Sociedad chilena de nefrología estima que se ha incrementado de 12.7 pacientes por millón de personas en 1980 a 1094 pacientes por millón de personas en el 2016 (Poblete, 2016).

Respecto al gasto por enfermedad renal crónica en etapas 4 y 5 del Fondo Nacional de Salud (FONASA) para el año 2016 fue de \$ 219.971.242.710, lo que representa un 22 % del presupuesto GES. El costo por paciente con ERC en diálisis es de \$700.000 aproximadamente. De acuerdo a los datos de la plataforma informática del GES (SIGGES) a junio de 2017 existe un total de 20.464 pacientes en diálisis, de ellos un 5,24% (1073) en peritoneodiálisis y un 94,76% (19.391) en hemodiálisis. Del total de pacientes en diálisis, un 87,37% (17.880 pactes) se atienden en prestadores privados y solo un 12,63 (2584) lo hace en prestadores públicos. En la Región metropolitana existe un total estimado de 7.539 pacientes en diálisis (Dawson, 2017).

3. Objetivos

3.1. General

Analizar el avance del sistema nacional de acreditación en centros de diálisis en la Región Metropolitana.

3.2. Específicos

- Identificar número de prestadores sujetos acreditación.
- Identificar los prestadores acreditados
- Analizar la brecha de cumplimiento de esta política pública
- Proponer mejoras para mantener o mejorar el cumplimiento de esta política pública.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Estudio tipo descriptivo.

4.2. Diseño de estudio

Diseño transversal.

Se analizarán los centros de diálisis que aún no están acreditados a seis (6) meses de vencer el plazo de acreditación en la Superintendencia de Salud.

4.3. Población

Centros de diálisis sujetos a acreditación en la Región Metropolitana.

4.4. Técnica de recolección y análisis de datos

Para la recolección de datos se utilizará la técnica de revisión bibliográfica, a partir de bases de datos de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la

Región Metropolitana a septiembre de 2017 y de datos de acreditación de superintendencia de salud a Septiembre de 2017. Posteriormente, para el análisis de datos se utilizará estadística descriptiva a través de la cual se generarán las tablas de frecuencias y gráficos para la representación de los resultados obtenidos.

4.5. Análisis de Resultados

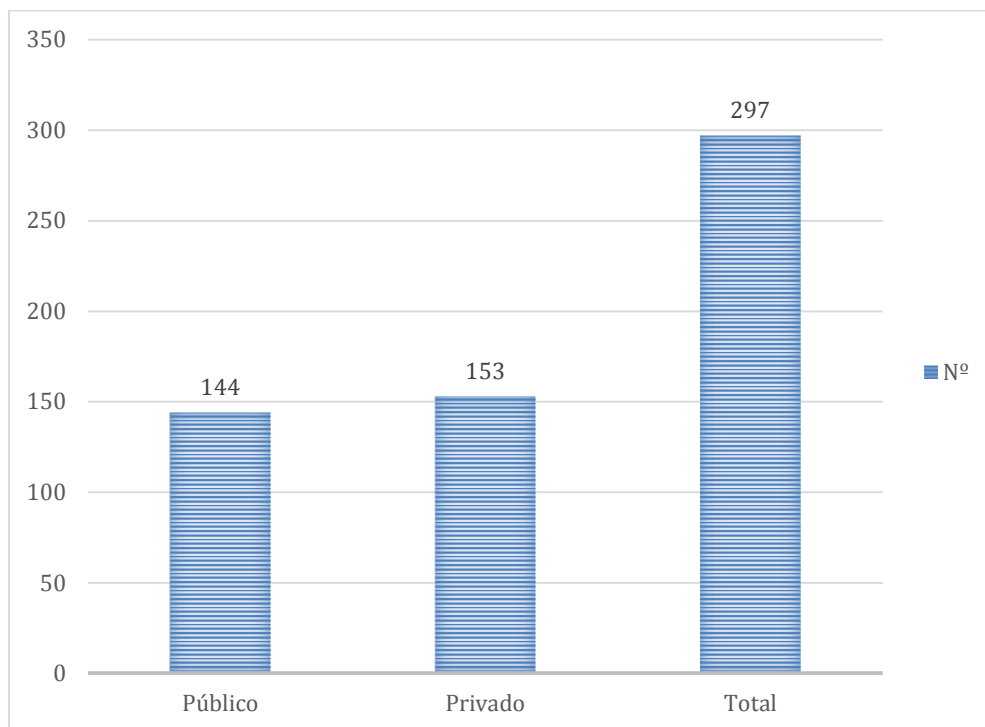
Se presenta el análisis de resultados en función de los objetivos específicos planteados al inicio del estudio. En primer lugar, se realizó la identificación del número de prestadores acreditados en Chile, en la tabla 1 se representan los datos obtenidos.

Tabla 1. Total de prestadores acreditados en Chile. Diciembre 2017

Prestador	Nº
Público	144
Privado	153
Total	297

Fuente: Informe de la Superintendencia de salud. Diciembre 2017

Gráfico 1. Total de prestadores acreditados en Chile. Diciembre 2017



Fuente: Informe Superintendencia de salud. Diciembre 2017

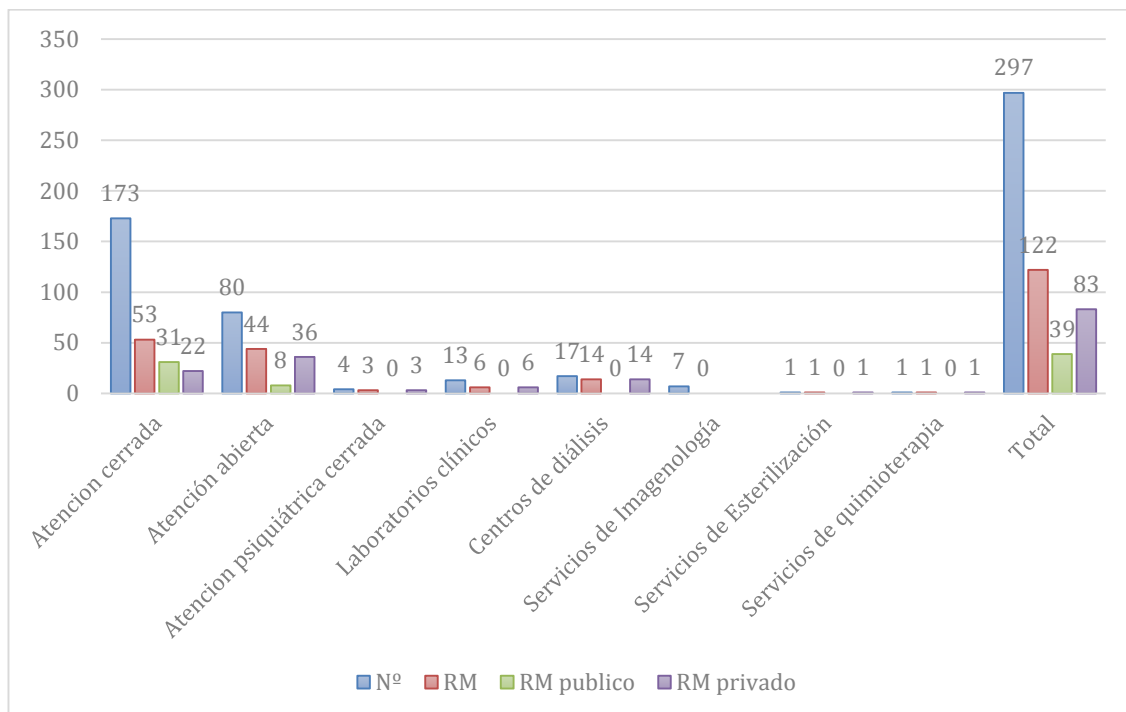
Se observa en la tabla y gráfico anterior, en diciembre de 2017 el total de prestadores acreditados en Chile ascendía a 297, de los cuales 144 pertenecían al sector público y 153 al sector privado. En este sentido, vale señalar que independientemente del sector al que pertenezcan, es vital que los prestadores cumplan con todas las políticas y parámetros establecidos en el ordenamiento jurídico chileno para su funcionamiento. Posterior a esto, se identificaron los prestadores acreditados por estándar de acreditación en el país y Región Metropolitana (RM), en las tablas 2 y 3 se realiza la representación de estos datos.

Tabla 2. Total de prestadores acreditados por estándar de acreditación en el país y Región Metropolitana

Estándar	Nº	RM	RM publico	RM privado
Atencion cerrada	173	53	31	22
Atención abierta	80	44	8	36
Atencion psiquiátrica cerrada	4	3	0	3
Laboratorios clínicos	13	6	0	6
Centros de diálisis	17	14	0	14
Servicios de Imagenología	7	0		
Servicios de Esterilización	1	1	0	1
Servicios de quimioterapia	1	1	0	1
Total	297	122	39	83

Fuente: Informe Superintendencia de salud. Diciembre 2017

Gráfico 2. Total de prestadores acreditados por estándar de acreditación en el país y Región Metropolitana



Fuente: Informe Superintendencia de salud. Diciembre 2017

Se observa, en el país existen diecisiete (17) centros de diálisis acreditados, en el estándar de acreditación de éstos, de los cuales 14 se encuentran en la región metropolitana y todos pertenecen al sector privado.

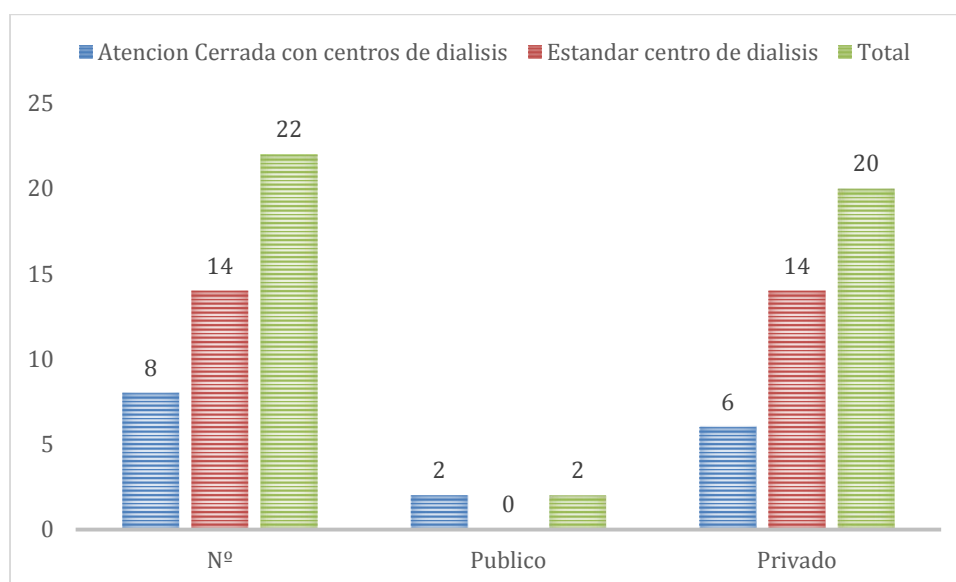
Es necesario que la superintendencia de salud vele porque los beneficiarios GES que tengan derecho a acceder a centros de diálisis acreditados, de acuerdo a lo establecido en la ley 19.966.

Tabla 3. Número total de centros de diálisis acreditados en la RM

Centros de diálisis acreditados en la RM	Nº	Publico	Privado
Atencion Cerrada con centros de dialisis	8	2	6
Estandar centro de dialisis	14	0	14
Total	22	2	20

Fuente: Elaboración propia de informe SEREMI salud septiembre 2017 e informe Superintendencia de salud diciembre 2017

Gráfico 3. Número total de centros de diálisis acreditados en la RM



Fuente: Centros de diálisis autorizados por SEREMI de salud RM. Septiembre 2017

En relación a lo planteado en la tabla 3, se observa que el número total de centros de diálisis acreditados en la RM asciende a veintidós (22), de los cuales ocho (8) se encuentran acreditados en centros de “Atención Cerrada con centros de diálisis”, de ellos 2 son públicos y 6 privados. Por otra parte, existen 14 centros acreditados bajo el “Estándar centro de diálisis”, siendo todos pertenecientes al sector privado. Posteriormente, se analizó la brecha

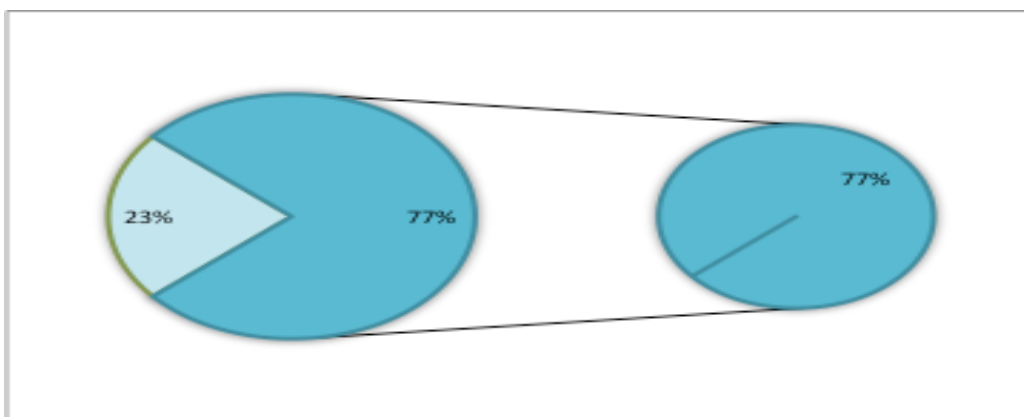
de cumplimiento de esta política pública, en la tabla 4 se ilustran los resultados obtenidos:

Tabla 4. Brecha de cumplimiento de acreditación de centros de diálisis

	Acreditados	%	Brecha
Total de centros de diálisis en la RM	9	22,6	77,32
	7	8	%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4. Brecha de cumplimiento de acreditación de centros de diálisis



Fuente: Elaboración Propia . Datos SEREMI RM Septiembre 2017

Se observa en la tabla anterior, que de los noventa y siete (97) centros de diálisis en la RM, únicamente veintidós (22) se encuentran acreditados, lo que representa una brecha de 77,32% entre los centros que han cumplido con la política pública de acreditación garantizando la calidad de sus prestaciones y aquellos pendientes de cumplimiento

5. Conclusiones y recomendaciones.

De acuerdo a los resultados obtenidos, y en función de los objetivos planteados al inicio del estudio se presentan las siguientes conclusiones:

Al analizar los datos de la Superintendencia de salud, se obtuvo que un 77,32% de los centros de diálisis de la región metropolitana no se encuentran acreditados a diciembre de 2017, este hecho puede generar una gran sobrecarga al sistema nacional de acreditación por la gran demanda de los centros que faltan por acreditarse, tomando en cuenta que restan pocos meses antes del vencimiento del decreto, lo que pudiera obligar quizás a las autoridades a prorrogar el decreto de garantía de calidad GES para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, y esto implicará un atraso en el cumplimiento de la garantía de calidad estipulada en esa política pública.

La autoridad responsable de esta política pública debe evaluar el impacto de una prórroga en esta política versus lo que significaría la concentración y efecto en la calidad de las prestaciones de pacientes (7.500 aproximadamente) en diálisis que deberán realizar su tratamiento solo en centros acreditados (22) de la región metropolitana a partir de julio de 2018.

Esta situación muestra la necesidad de fomentar la importancia del seguimiento del cumplimiento a las exigencias establecidas en la leyes y políticas públicas del sector salud.

Finalmente, se busca proponer mejoras para mantener o mejorar el cumplimiento de esta política pública, en función de ello se presentan las siguientes propuestas:

- ✓ Los directivos de los Centros de Diálisis de la Región Metropolitana deben buscar asesoría especializada o capacitarse en los ámbitos de evaluación estipulados en el Manual del Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis (Respeto a la dignidad del paciente, Gestión de la calidad, Gestión clínica, Acceso, oportunidad y continuidad de la atención, Competencias del recurso humano, registros, Seguridad del equipamiento, Seguridad de las instalaciones y Servicios de apoyo) para asegurar que sus instalaciones cumplan con todos los indicadores allí presentes y no retrasar aún más el proceso de acreditación.

- ✓ En caso de ser necesario, los centros de diálisis de la región metropolitana deben solicitar prórroga del plazo para realizar la acreditación ante la superintendencia de salud de Chile.

- ✓ Se debe trabajar coordinadamente entre la superintendencia de salud, FONASA y los prestadores de diálisis a fin de buscar la mejor manera de dar cumplimiento a la garantía de calidad de acuerdo a la normativa vigente.

- ✓ Los centros de diálisis deben mantenerse actualizados en cuanto a los nuevas normativas y políticas establecidas por el sector salud, de manera que

se promueva la mejora continua y una cultura de calidad en pro de la calidad y seguridad de la atención en el sistema de salud chileno

6. Referencias Bibliográficas

Bustos, J. (2015). Centro de Dialisis Dialimed. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Dawson, N. (2017). Gestión Comercial FONASA 28 de Agosto de 2017. SIGGES/FACTMA. Recuperado de: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2017/08/28/nuevo_sistema_para_gestion_de_dialisis.html?from=beneficiarios

Ministerio de Salud (2003). Ley 19.888.- 13 de Agosto de 2003. Ley de Financiamiento. Chile.

Ministerio de Salud (2003). Ley 19.895.- 28 de Agosto de 2003 Ley de Solvencia de ISAPRES. Chile.

Ministerio de Salud (2004). Ley 19.937.- 24 de Febrero de 2004 Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión. Chile.

Ministerio de Salud (2004). Ley 19.966.- 03 de Septiembre de 2004 Ley del Régimen General de Garantías en Salud. Chile.

Ministerio de Salud (2005). Ley 20.015.- 17 de mayo de 2005 Ley de ISAPRES: Modifica Ley nº 18.933.-, Sobre Instituciones de Salud Previsional. Chile.

Ministerio de Salud (2010). Decreto exento Nº 34 de marzo de 2010 del Ministerio de Salud. Chile.

Ministerio de Salud (2012). Ley 20584.- 24 de abril de 2012. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Chile.

Ministerio de Salud (2013). Decreto GES del año 2013. Chile.

- Müller, C. y Flores, M. (2011). Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria. *Revista médica de Chile*, 139(9), 1176-1184
- Poblete, H. (2016). *Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile*. Sociedad Chilena de Nefrología. Registro de Diálisis 2016. Chile.
- Superintendencia de Salud (2010). *Manual del Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis*. Chile.
- Secretaría Ministerial de Salud Región Metropolitana. Base de Datos de Centros de Diálisis con Autorización Sanitaria de la RM. Septiembre 2017. <http://geoportal.asrm.cl/>
- Superintendencia de Salud. Estadística de Prestadores Institucionales acreditados al 30 de Septiembre de 2017.