

AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y  
MEDICINA PREPAGADA – ACCESS

RESOLUCIÓN No. ACCESS-ACCESS-2023-0029

ROBERTO CARLOS PONCE PÉREZ  
DIRECTOR EJECUTIVO

CONSIDERANDO:

- Que, el artículo 66, número 25 de la Constitución de la República del Ecuador, señala: “Se reconoce y garantizará a las personas: (...) el derecho a acceder a bienes y servicios públicos y privados de calidad, con eficiencia, eficacia y buen trato...”;
- Que, el artículo 227 de la norma constitucional establece: “La administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación”;
- Que, en el artículo 361 de la norma suprema, se determina que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;
- Que, el artículo 362 menciona: “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)”;
- Que, en el artículo 32 de la norma ibídem, se establece que la salud es un derecho que garantiza “el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (...) La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”;
- Que, el artículo 52 de la Constitución de la República del Ecuador, determina que: “Las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a

*elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características”;*

- Que, el artículo 424 de la carta magna prescribe: *“(…) la Constitución de la República, es la norma suprema y prevalecerá sobre cualquier otra del ordenamiento jurídico; y, además que las normas y los actos del poder público deberán mantener conformidad con las disposiciones constitucionales; careciendo de eficacia jurídica, si se actuare en contrario”;*
- Que, el artículo 3 del Código Orgánico Administrativo determina que: *“Principio de Eficacia. Las actuaciones administrativas se realizan en función del cumplimiento de los fines previstos para cada órgano o entidad pública, en el ámbito de sus competencias”;*
- Que, el artículo 4 del Código antes mencionado, determina que: *“Principio de eficiencia. Las actuaciones administrativas aplicarán las medidas que faciliten el ejercicio de los derechos de las personas. Se prohíben las dilaciones o retardos injustificados y la exigencia de requisitos puramente formales”;*
- Que, el artículo 130 del Código Orgánico Administrativo establece que: *“Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley.”;*
- Que, el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud determina que, la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;
- Que, el artículo 8 de la norma ibídem señala que: *“Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud: “a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud; b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva; c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario; d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y*

*contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario; (...);*

- Que, el artículo 130 ibídem señala: *“Los establecimientos o servicios de salud sujetos a control sanitario para su funcionamiento deberán contar con el permiso otorgado por la autoridad sanitaria nacional. El permiso de funcionamiento tendrá vigencia de un año calendario”;*
- Que, el artículo 180 de la Ley antes mencionada determina: *“La autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento. Regulará los procesos de licenciamiento y acreditación. Regulará y controlará el cumplimiento de la normativa para la construcción, ampliación y funcionamiento de estos establecimientos o servicios de salud de acuerdo a la tipología, basada en la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad”;*
- Que, el artículo 181 de la mencionada Ley determina que, *“la autoridad sanitaria nacional regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina pre- pagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad según los enfoques y principios de- finidos en esta Ley. (...);*
- Que, el artículo 193 de la misma ley señala: *“Son profesiones de la salud aquellas cuya formación universitaria de tercer o cuarto nivel está dirigida específica y fundamentalmente a dotar a los profesionales de conocimientos, técnicas y prácticas, relacionadas con la salud individual y colectiva y al control de sus factores condicionantes”;*
- Que, el artículo 194 de la norma ibídem determina que, para ejercer como profesional de salud, se requiere haber obtenido título universitario de tercer nivel, conferido por una de las universidades establecidas y reconocidas legalmente en el país, o por una del exterior, revalidado y refrendado. En uno y otro caso debe estar registrado ante el Conesup (Senescyt) y por la autoridad sanitaria nacional;
- Que, el artículo 198 de la Ley señala: *“Los profesionales y técnicos de nivel superior que ejerzan actividades relacionadas con la salud, están obligados a limitar sus acciones al área que el título les asigne”;*
- Que, el artículo 201 de la mencionada Ley señala: *“Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos”;*

- Que, mediante Decreto Ejecutivo No 703, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No 534 de 1 de julio de 2015, se crea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), como un organismo técnico administrativo, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con personalidad jurídica de derecho público, autonomía administrativa, técnica, económica, financiera y patrimonio propio, encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada, y del personal de salud;
- Que, los números 1, 2, 3, 4, 10 y 12 del artículo 3, del mencionado Decreto Ejecutivo, señalan entre la atribuciones y responsabilidades de la ACCESS, las siguientes: *1. Controlar la aplicación y observancia de las políticas del Sistema Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, que expida el Ministerio de Salud Pública; 2. Expedir la normativa técnica, estándares y protocolos, orientados a asegurar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la mejora continua de la prestación de los servicios de salud, en el ámbito de su competencia. 3. Controlar que los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, las empresas de salud y medicina prepagada y el personal de salud, cumplan con la normativa técnica correspondiente; (...) 4. Otorgar, suspender, cancelar y restituir los permisos de funcionamiento, licencias, registros, certificaciones y acreditaciones sanitarias de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro de las empresas de salud y medicina prepagada (...) 10. Recaudar los valores correspondientes por los servicios prestados por la Agencia, de conformidad con las resoluciones que para el efecto se emitan; (...) 12. Aplicar las medidas y sanciones que correspondan en los casos de incumplimiento de la normativa de control y vigilancia sanitaria, en relación a la calidad de los servicios de salud y de acuerdo con la Ley Orgánica de Salud*;
- Que, el literal a) del artículo 10-1 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva ERJAFE, reconoce: *"[...] Agencia de Regulación y Control. - Organismo técnico que tiene por funciones la regulación de las actividades del sector, el control técnico de las actividades realizadas por los agentes que operan en él y la preparación de informes sobre las normas que debería observar el respectivo organismo de control, de acuerdo con la ley. Su ámbito de acción es específico a un sector determinado y estará adscrita a un Ministerio Sectorial o Secretaría Nacional. Dentro de su estructura orgánica tendrá un directorio como máxima instancia de la agencia [...]"*;
- Que, mediante Acuerdo Ministerial 00030-2020, publicado en Registro Oficial No, 246, de 15 de julio de 2020, la Autoridad Sanitaria Nacional expidió el Reglamento para emisión del permiso de funcionamiento de establecimientos o servicios de salud y

servicios de atención de salud del sistema nacional de salud;

Que, mediante Acuerdo Ministerial 00032-2020, publicado en Registro Oficial No. 246, de 15 de julio de 2020, la Autoridad Sanitaria Nacional expidió Reglamento para emisión del permiso de funcionamiento de establecimientos o servicios de salud y servicios de atención de salud del Sistema Nacional de Salud;

Que, los números 1, 4, 8, 26 y 27, del referido reglamento, establecen los siguiente: “(...) *Art. 1. El presente reglamento tiene como objeto establecer los requisitos y lineamientos que deben cumplir los establecimientos o servicios de salud y servicios de atención de salud del Sistema Nacional de Salud, para obtener su permiso de funcionamiento (...) Art. 4.- Los establecimientos y servicios de atención de salud del Sistema Nacional de Salud, contarán para su funcionamiento con la responsabilidad técnica de un profesional de la salud con título registrado en la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación SENESCYT o quien haga sus veces y ante la Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS o quien ejerza sus competencias, conforme a la normativa vigente (...) Art. 8.- Los establecimientos y servicios de atención de salud del Sistema Nacional de Salud, para su funcionamiento deben contar obligatoriamente con el respectivo Permiso de Funcionamiento vigente otorgado por la Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS, o quien ejerza sus competencias (...) Art. 26. La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACESS o quien ejerza sus competencias, a través de las dependencias técnicas correspondientes, realizará inspecciones de control con el fin de verificar que los establecimientos o servicios de salud y servicios de atención de salud del Sistema Nacional de Salud cumplan con las condiciones bajo las cuales fue otorgado el Permiso de Funcionamiento. Art. 27. Si durante la inspección de control se determina que el establecimiento o servicio de salud no cumple con la normativa aplicable, se procederá conforme a la Ley Orgánica de Salud o el documento que la reemplace, sin perjuicio de las sanciones civiles o penales a las que hubiere lugar. La ACESS registrará en los Instrumentos Técnicos de inspección que corresponda a cada tipo servicio de salud, la información de lo observado y los hallazgos encontrados durante el control; los hallazgos encontrados deberán ser reportados mediante informe a la autoridad competente;*

Que, el artículo 7 del Reglamento antes mencionado dispone: “*La clasificación de los establecimientos de salud y servicios de atención de salud se realizará de acuerdo al perfilador de riesgo y será establecida en la normativa técnica que la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS, o quien haga sus veces emita para el efecto, de conformidad con los criterios que determine la Autoridad Sanitaria Nacional.;*

- Que, el artículo 19 del Reglamento antes citado dispone: *“La necesidad de realizar una inspección previa para otorgar la renovación del Permiso de Funcionamiento, dependerá de la clasificación del establecimiento o servicio de atención en salud, de acuerdo al perfilador de riesgo emitido por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada –ACCESS”;*
- Que, en la Disposición Transitoria cuarta del Reglamento mencionado dispone: *“- En el término máximo de sesenta días (60) contados a partir de la publicación de este Acuerdo en el Registro Oficial, la Autoridad Sanitaria Nacional definirá los criterios para el perfilador de riesgo de los establecimientos y servicios de atención de salud del Sistema Nacional de Salud, para lo cual, el Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud a través de sus instancias competentes elaborará la propuesta respectiva”;*
- Que, en la Disposición Transitoria cuarta del Reglamento mencionado establece: *“En el término máximo de noventa días (90) contados a partir de la publicación de este Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial, la ACCESS emitirá el Instructivo para la aplicación del presente Reglamento, incluido el perfilador de riesgos.”;*
- Que, mediante Acuerdo Ministerial 00004915, la autoridad sanitaria nacional expidió el Reglamento para la aplicación del proceso de licenciamiento en los establecimientos del sistema nacional de salud;
- Que, el artículo 3 del referido reglamento menciona que: *“El licenciamiento es el procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la Autoridad Sanitaria Nacional realiza una evaluación a los establecimientos de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, para garantizar que cumplan con los estándares mínimos necesarios para su funcionamiento.”;*
- Que, el artículo 4 del mismo reglamento indica que: *“El proceso de licenciamiento se ejecutará a través de la herramienta informática diseñada por la Autoridad Sanitaria, la misma que utilizará matrices con los estándares mínimos que deben cumplir los establecimientos de salud para su habilitación, de acuerdo a su nivel de atención, complejidad y categoría, establecidos en el Acuerdo Ministerial No. 00001203 publicado en el Registro Oficial 750 de 20 de julio de 2013, o en el instrumento legal que lo remplace y se encuentre vigente;*
- Que, el artículo 7 de este reglamento señala que: *“Los resultados obtenidos en el proceso de licenciamiento serán publicados por la Autoridad Sanitaria a través de los medios de que disponga para este efecto, de manera que se asegure el conocimiento de los mismos por parte de la ciudadanía deberá ir acompañado del pago de la tasa correspondiente, en base a las disposiciones emitidas por la*

*Autoridad Sanitaria”;*

- Que, mediante Acuerdo Ministerial 005316-2016, la autoridad sanitaria expidió el Modelo Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, publicado en el Registro Oficial Suplemento 510 del 22 de febrero 2016;
- Que, el artículo 1 del referido modelo se dispone: “...Aprobar y expedir el “Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial”, documento que tiene por objeto establecer lineamientos que garanticen el derecho de los pacientes a ser informados sobre los riesgos, beneficios y alternativas de un procedimiento médico diagnóstico o terapéutico, previo a la toma de decisiones respecto a su salud...”;
- Que, mediante Acuerdo Ministerial 00000115, publicado en Registro Oficial No, 760, de 14 de noviembre de 2016, la Autoridad Sanitaria Nacional expidió el Manual de Seguridad del Paciente – Usuario;
- Que, los números 2 y 4 del referido manual se dispone y recomienda: “(...) 2. Disponer que el “Manual Seguridad del Paciente - Usuario”, se aplique con el carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (...) 4. El presente acuerdo ministerial entrara en vigencia a partir de su publicación en el Registros Oficial...”;
- Que, el Plan Decenal de Salud 2022-2031, en su objetivo 4 establece: “(...) Garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, con énfasis en redes de primer nivel de atención, modelos de gestión eficientes y transparentes”;
- Que, mediante resolución No. ACESS-2022-0019 de 31 de marzo de 2022 se expidió el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS;
- Que, mediante Oficio Nro. MSP-SRSNS-2023-0145-O de 14 de febrero de 2023, la Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, en su parte pertinente menciona: “(...) En este contexto me permito señalar, que la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud, realizó el análisis de la propuesta del perfilador de riesgos, por lo que se sugiere los siguientes criterios o dominios a ser considerados: 1. Niveles de atención de los establecimientos de salud; 2. Riesgo sanitario; 3. Perfil epidemiológico del establecimiento de salud; 4. Desechos generados en los establecimientos de salud; 5. Accesibilidad geográfica y socio cultural; 6. Población vulnerable y prioritaria; 7. Incumplimiento de la normativa emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional (...)”;
- Que, mediante correo electrónico, de 03 de octubre de 2023, dirigido a la Máxima

Autoridad de la Agencia, la Dirección Técnica de Regulación para el aseguramiento recomienda que se elabore una resolución para que se expida el Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud;

Que, en el informe antes referido, la Dirección Técnica de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad junto con la Coordinación General Técnica, en su parte pertinente establecen: "(...) *“es necesario la emisión del documento normativo del Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, con la finalidad de plasmar un modelo conceptual que identifique los componentes necesarios, que contribuyan a mejorar la calidad de la atención en los establecimientos que forman parte del Sistema Nacional de Salud. (...) 7. Recomendaciones: Se recomienda emitir bajo Resolución el Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud.”*;

Que, mediante Acta de Sesión Extraordinaria de Directorio de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS Nro. DIR-ACCESS-001-2021, de fecha 18 de junio de 2021, se resuelve de manera unánime nombrar como Director Ejecutivo de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada –ACCESS, al Dr. Roberto Carlos Ponce Pérez;

Que, mediante acción de personal Nro. ACESS-TH-2021-0217, de fecha 21 de junio de 2021, se nombró al Dr. Roberto Carlos Ponce Pérez, como Director Ejecutivo de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada –ACCESS;

De conformidad a las atribuciones contempladas en el artículo 2 del Decreto Ejecutivo 703, publicado en Registro Oficial Suplemento Nro. 534 de 1 de julio de 2015, en calidad de máxima autoridad de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS;

#### RESUELVE:

**Artículo 1.- Aprobar y Expedir** el “MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD”

#### DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA. – A partir de la vigencia de la presente resolución, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS, establece el modelo de

gestión de la calidad de la atención de los servicios de salud, que identifica los componentes necesarios que contribuyen a mejorar la calidad de la atención en los establecimientos que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

#### DISPOSICIÓN TRANSITORIA

ÚNICA. - La ejecución e implementación del perfilador de riesgo en la Gestión Técnica de Habilitación; y, de la Gestión Técnica de Control en Salud se realizará progresivamente en un plazo de hasta 14 meses, luego de lo cual la ACCESS notificará a los establecimientos del Sistema Nacional de Salud la aplicación del nuevo Perfilador de riesgo para su cumplimiento obligatorio.

#### DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA. - Encárguese a la Unidad de Comunicación Social, la publicación de la presente resolución en la página web institucional;

SEGUNDA. - Encárguese a la Dirección de Asesoría Jurídica, la publicación de la presente Resolución en el Registro Oficial.

TERCERA. - Encárguese la presente resolución para su aplicación y ejecución del modelo de gestión de la calidad de la atención de los servicios de salud, a la Coordinación General Técnica, así como las distintas Direcciones en el ámbito de sus atribuciones y competencia.

La presente Resolución entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE. - Dado en Quito, D.M., a los 23 días del mes de octubre de 2023.

ROBERTO CARLOS PONCE PÉREZ  
DIRECTOR EJECUTIVO  
AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE  
LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA -ACCESS

# ACCESS

## Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud

Agencia de Aseguramiento de la  
Calidad de los Servicios de Salud  
y Medicina Prepagada - ACCESS

# AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA - ACESS

Dr. Roberto Carlos Ponce Pérez  
Director Ejecutivo

## REDACCIÓN Y AUTORES

Mgs. Evelyn Chávez Espín  
Directora Técnica de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad

Mgs. Wilson Noboa Sevilla  
Especialista de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad

## COLABORADOR

Lic. Franklin Cárdenas Villarruel  
Exdirector Técnico de Habilitación, Certificación y Acreditación

Mgs. Marco Bonifaz Valverde  
Director Técnico de Vigilancia y Control

## REVISIÓN Y VALIDACIÓN

Dra. Tatiana López Castro  
Coordinadora General Técnica

Mgs. Leonardo Duche Ruperti  
Director de Asesoría Jurídica

## DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Ing. Andrea Morales  
Técnico de Comunicación Social

Tec. Steven Albornoz  
Asistente de Comunicación Social

## EDICIÓN GENERAL

Dirección Técnica de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad



Av. Quitumbe Ñan y, Av. Llira Ñan, Quito  
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.  
Teléfono: 02 3834006  
[www.aces.gov.ec](http://www.aces.gov.ec)

# Contenido

1.- Presentación.....	1
2.- Introducción.....	2
3.- Justificación.....	3
4.- Alcance.....	3
5.- Marco Legal.....	4
6.- Definiciones Conceptuales.....	10
7.- Desarrollo.....	14
7.1.- Capítulo I: Gestión de Habilitación, Licenciamiento, Certificación y Acreditación en Salud.....	16
7.1.1.- Sección I: Gestión de Habilitación.....	18
7.1.1.1.- Perfilador de Riesgos.....	18
7.1.1.2.- Perfilador de Riesgos de la Gestión de Control en Salud.....	25
7.1.2.- Sección II: Licenciamiento.....	27
7.1.3.- Sección III: Certificación.....	33
7.1.4.- Sección IV: Acreditación.....	37
8.- Capítulo II: Gestión de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud.....	39
9.- Capítulo III: Gestión de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.....	45
10.- Bibliografía.....	49

# Índice de tablas

Tabla Nro. 1.- Interpretación de resultados.....	19
Tabla Nro. 2.- Tabla de aplicación de metodología.....	20
Tabla Nro. 3.- Criterios de evaluación para las tipologías concernientes al: primer y segundo nivel de atención; asistencia y transporte sanitario; y, unidades móviles.....	20
Tabla Nro. 4.- Primer nivel de atención.....	21
Tabla Nro. 5.- Segundo nivel de atención.....	21
Tabla Nro. 6.- Asistencia y transporte sanitario.....	22
Tabla Nro. 7.- Unidades móviles.....	22
Tabla Nro. 8.- Criterios de evaluación para las tipologías concernientes al: tercer nivel de atención y servicios de apoyo.....	22
Tabla Nro. 9.- Tercer nivel de atención.....	23
Tabla Nro. 10.- Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.....	23
Tabla Nro. 11.- Centros de salud en el trabajo.....	24
Tabla Nro. 12.- Perfilador de Riesgos de la Gestión de Control en Salud.....	25
Tabla Nro. 13.- Indicadores del proceso de licenciamiento.....	31
Tabla Nro. 14.- Indicadores del proceso de Gestión de análisis de casos.....	44

# Índice de gráficos

Gráfico Nro. I.- Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud.....	14
Gráfico Nro. II Ciclo Deming.....	15
Gráfico Nro. III Pirámide jerárquica de la Gestión de Habilitación, Licenciamiento, Certificación y Acreditación en Salud .....	16
Gráfico Nro. IV.- Proceso licenciamiento a establecimientos de salud.....	30
Gráfico Nro. V - Proceso de certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN).....	35
Gráfico Nro. VI.- Proceso de Gestión de Análisis de Casos.....	43
Gráfico Nro. VII.- Mapa de interrelación de procesos.....	44



# 1.- Presentación

La calidad de la atención, en el marco de la normatividad vigente emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los pacientes/usuarios de forma accesible, equitativa, con un talento humano en salud profesional óptimo, con calidad y calidez, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los pacientes/usuarios.

La satisfacción del usuario es un indicador de calidad de atención prestada en los servicios de salud. Conocer el nivel de satisfacción permitirá mejorar falencias y reafirmar fortalezas a fin de desarrollar un sistema de salud que brinde la atención de calidad que los pacientes demandan. En este contexto, se presenta el Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, cuyo contenido detalla los componentes y subcomponentes necesarios para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud del país.

**Dr. Roberto Carlos Ponce Pérez**  
Director Ejecutivo de la ACCESS



## 2.- Introducción



Un modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones. En el sector salud a nivel mundial, actualmente, se están empleando modelos de gestión como: Los Sistemas de gestión basados en las normas de la serie UNE EN ISO 9001, el Modelo de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), el Modelo europeo de EFQM, el Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión, el Programa Malcom Baldrige, entre otros. (SUPERINTENDENCIA DE SALUD, 2022) (Salvador, 2022)

Al respecto, el Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, permitirá gestionar y supervisar el funcionamiento óptimo de los establecimientos de salud.

El Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, se utilizará el Ciclo Deming o también conocido como ciclo PEVA/PHVA/PDCA, para asegurar la mejora continua.



### 3.- Justificación

Como en todas las disciplinas de la vida actual, la calidad es un término que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, en relación a las necesidades de las instituciones y organizaciones sanitarias, y su supervivencia en el campo de la salud.

En la actualidad existen varios modelos de gestión sanitaria. En este sentido, los modelos de gestión pueden ser de gran ayuda como referencia y base metodológica a la hora de aplicar acciones de gestión de calidad en los distintos establecimientos de salud públicos y privados: hospitales, clínicas, centros de atención primaria, etc. (Salvador, 2022)

Con lo antes citado, además de dar cumplimiento con los entregables detallados en la Resolución Nro. ACCESS -2022-0019, en la que se expide el “Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada –ACCESS”, se ha visto la necesidad de elaborar el Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, con la finalidad de plasmar un modelo conceptual que identifique los componentes necesarios, que contribuyan a mejorar la calidad de la atención en los establecimientos que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

### 4.- Alcance

El presente Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, aplica para el Sistema Nacional de Salud; es decir, tanto de la Red Pública Integral de la Salud, como de la Red Privada Complementaria.



## 5.- Marco Legal

### Constitución de la República del Ecuador

**Art. 3.-** Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos entre ellos el derecho al agua, alimentación, la educación la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector; (...).

**Artículo 362,** menciona: “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...).”

### Ley Orgánica de Salud

**“Art. 4.-** La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la

aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias; (...).

**“Art. 8.-** Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud: “a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud; b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva; c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario; d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario; (...).

**Art. 130.-** Los establecimientos sujetos a control sanitario para su funcionamiento deberán contar con el permiso otorgado por la autoridad sanitaria nacional. El permiso de funcionamiento tendrá vigencia de un año calendario. Lo resalta- do me pertenece. (...).

**Art. 180.-** La autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funciona- miento de los servicios de salud públicos y pri- vados, con y sin fines de lucro, autónomos, co- munitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento. Regulará los procesos de licenciamiento y acreditación.

Regulará y controlará el cumplimiento de la normativa para la construcción, ampliación y funcionamiento de estos establecimientos de acuerdo con la tipología, basada en la capaci- dad resolutoria, niveles de atención y compleji- dad. Lo resaltado me pertenece.

**Art. 181.-** La autoridad sanitaria nacional regu- lará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina pre- pagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad según los enfoques y principios de- finidos en esta Ley. (...).

**Art. 194.-** Para ejercer como profesional de salud, se requiere haber obtenido título univer- sitario de tercer nivel, conferido por una de las universidades establecidas y reconocidas legal- mente en el país, o por una del exterior, revalida- do y refrendado. En uno y otro caso debe estar registrado ante el CONESUP y por la autoridad sanitaria nacional. (...)

**Art. 198.-** Los profesionales y técnicos de ni- vel superior que ejerzan actividades relacionadas con la salud, están obligados a limitar sus accio- nes al área que el título les asigne”.

**Art. 201, menciona:** “Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los princi- pios bioéticos”.

**Art. 202, menciona.-** “Constituye infrac- ción en el ejercicio de las profesiones de salud, todo acto individual e intransferible, no justificado, que genere daño en el paciente y sea resultado de:

- a) Inobservancia, en el cumplimiento de las normas.
- b) Impericia, en la actuación del profesional de la salud con falta total o parcial de conoci- mientos técnicos o experiencia.
- c) Imprudencia, en la actuación del profesio- nal de la salud con omisión del cuidado o dili- gencia exigible; y
- d) Negligencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión o demora injustificada en su obligación profesional”.

**Ley de Derechos y Amparo al Paciente, publicado en el Registro Oficial Suplemento 626 del 03 de febrero de 1995, última modificación con fecha 22 de diciembre de 2006.**

**Art. 2.- DERECHO A UNA ATENCIÓN DIGNA.**

- “Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía”.

**Art. 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.**

- “Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica”.

**Art. 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.**

- “Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial”.

**Acuerdo Ministerial 00000115 - 2016, Manual de Seguridad del Paciente – Usuario, publicado en el Registro Oficial No. 760 de fecha 14 de noviembre 2016.**

El cual tiene por objetivo establecer y estandarizar lineamientos, procedimientos y herramientas técnicas, que permitan garantizar la seguridad del paciente en los procesos de atención en todos los establecimientos de salud del Ecuador.

**Acuerdo Ministerial 5316, Modelo Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, publicado en el Registro Oficial Suplemento 510 del 22 de febrero 2016.**

El presente acuerdo tiene por objetivo asegurar el derecho de los pacientes a ser informados, previo a la toma de decisiones respecto a la atención de salud, con el fin de promover

su autonomía en las decisiones sobre su salud y su cuerpo.

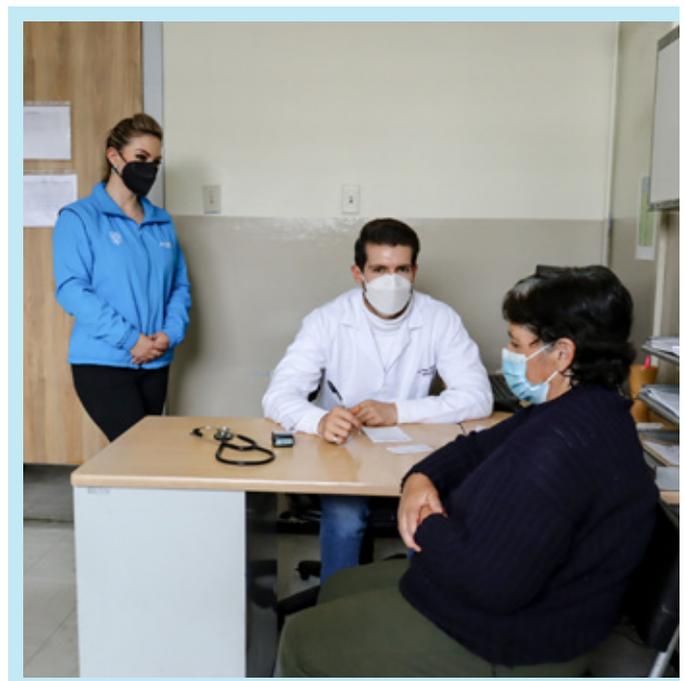
**Acuerdo Ministerial No. 000115** de fecha 10 de enero de 2021 mediante el cual se expide el Reglamento de Manejo de la Historia Clínica Única.

El presente Reglamento tiene por objeto regular el contenido de la historia clínica única (HCU) y los requisitos para su aplicación por parte de los profesionales de la salud, en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

**Código Orgánico Administrativo**

**“Art. 130.-** Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública.

La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuidas en la ley”.



## Decreto Ejecutivo 703.

**“Art. 3.-** Son atribuciones y responsabilidades de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS-, las siguientes:

4. Otorgar, suspender, cancelar y restituir los permisos de funcionamiento, licencias, registros, certificaciones y acreditaciones sanitarias de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro de las empresas de salud y medicina prepagada y del personal de salud, según corresponda; (...).

9. Promover e incentivar la mejora continua de la calidad de atención y la seguridad del paciente en los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, en las empresas de salud y medicina prepagada que conforman el Sistema Nacional de Salud y de aquella provista por el personal de salud”.



de Salud y Medicina Prepagada-ACESS, o quien haga sus veces emita para el efecto, de conformidad con los criterios que determine la Autoridad Sanitaria Nacional.

**Art. 8.-** Los establecimientos y servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, para su funcionamiento deben contar obligatoriamente con el respectivo Permiso de Funcionamiento vigente otorgado por la Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACESS, o quien ejerza sus competencias. (...).

**Art. 9.-** El Permiso de Funcionamiento para los establecimientos y servicios de atención de salud objeto del presente Reglamento, será otorgado de acuerdo a la tipología y clasificación conforme a su riesgo sanitario, mismo que tendrá vigencia de un (1) año calendario, contado a partir de su emisión. (...)

## Acuerdo Ministerial N°00032-2020, REGLAMENTO PARA EMISIÓN DEL PERMISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

**“Art. 1.-** El presente reglamento tiene como objeto establecer los requisitos y lineamientos que deben cumplir los establecimientos y servicios de atención de salud del Sistema Nacional de Salud, para obtener su permiso de funcionamiento. (...).

**Art. 7.-** La clasificación de los establecimientos de salud y servicios de atención de salud se realizará de acuerdo al perfilador de riesgo y será establecida en la norma técnica que la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios

**Art. 18.-** La solicitud de renovación anual del Permiso de Funcionamiento deberá ser ingresada por el responsable técnico del establecimiento o servicio de salud en el sistema informático de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACESS, dentro del término de cuarenta y cinco (45) días anteriores a la fecha de vencimiento del Permiso vigente.

**Art. 19.-** La necesidad de realizar una inspección previa para otorgar la renovación del Permiso de Funcionamiento, dependerá de la clasificación del establecimiento o servicio de atención de salud, de acuerdo al perfilador de riesgo emitido por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACESS. (...).

## **Acuerdo Ministerial No. 00030-2020, Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud**

**“Art. 1.- Objeto.-** El presente Reglamento tiene por objeto establecer las tipologías de los establecimientos de salud, con la finalidad de garantizar su homologación y el adecuado reconocimiento de sus capacidades resolutivas en el Sistema Nacional de Salud. (...).

**Art. 7.-** Habilitación Todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud deben estar Habilitados a través del permiso de funcionamiento correspondiente, según la tipología a la que pertenezcan, cumplimiento con los estándares en infraestructura, equipamiento, talento humano y normativa establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional”.

## **Acuerdo Ministerial 00004915 Reglamento para la aplicación del proceso de licenciamiento en los establecimientos del sistema nacional de salud.**

**“Artículo 3.-** El licenciamiento es el procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la Autoridad Sanitaria Nacional realiza una evaluación a los establecimientos de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, para garantizar que cumplan con los estándares mínimos necesarios para su funcionamiento.

**Artículo 4.-** El proceso de licenciamiento se ejecutara a través de la herramienta informática diseñada por la Autoridad Sanitaria, la misma que utilizará matrices con los estándares mínimos que deben cumplir los establecimientos de salud para su habilitación, de acuerdo a su nivel de atención, complejidad y categoría, establecidos en el Acuerdo Ministerial No. 00001203 publicado en el Registro Oficial 750 de 20 de julio

de 2013, o en el instrumento legal que lo reemplace y se encuentre vigente.

**Artículo 7.-** Los resultados obtenidos en el proceso de licenciamiento serán publicados por la Autoridad Sanitaria a través de los medios de que disponga para este efecto, de manera que se asegure el conocimiento de los mismos por parte de la ciudadanía.  
deberá ir acompañado del pago de la tasa correspondiente, en base a las disposiciones emitidas por la Autoridad Sanitaria”.





*“¿Y cuál es el secreto de la calidad?, os preguntareis... muy sencillo, es el amor: amor al conocimiento, amor al hombre y amor a Dios. Vivamos y trabajemos de acuerdo con ello”*  
*“El secreto de la calidad es el amor, uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces, puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema”.*  
**Avedis Donabedian**



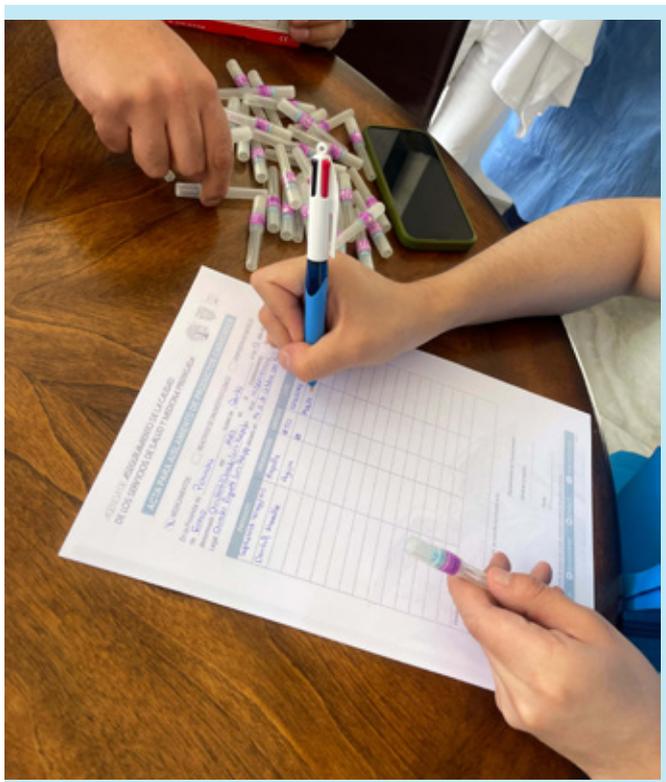
## 6.- Definiciones Conceptuales

- **Acciones de mejora:** Medidas realizadas o circunstancias modificadas para mejorar, minimizar y/o compensar un daño luego de un incidente.
- **Atención centrada en el paciente:** La atención debe ser respetuosa con las preferencias, necesidades y valores de cada usuario. Por encima de cualquier otra consideración, el bienestar del paciente debe guiar todas las decisiones clínicas.
- **Atención a la Salud:** Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
- **Atención segura:** Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y de minimizar los riesgos.
- **Auditoría de la calidad:** Es un proceso de evaluación sistemático de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que recibe el usuario, que se fundamenta en el análisis de la historia clínica, entrevistas al paciente, familiares del paciente, profesionales de la salud y cualquier otro mecanismo que sea legalmente aceptado en cuanto a la atención del paciente. (ISO, 2015).
- **Calidad:** Según Donabedian es: “calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios”.
- **Calidad de la atención en salud.** - La calidad de la atención constituye la prestación de servicios de salud centrada en las personas, sus familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales de su definición. (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

- **Certificado de Licenciamiento:** Documento emitido por la Autoridad Sanitaria, que registra los índices de calificación de los servicios prestados por el establecimiento, el mismo que sirve como requisito para obtener el Permiso de Funcionamiento. (AM 004915 – 08 de julio de 2014).
- **Control de calidad:** Proceso que verifica si el producto final cumple con las especificaciones exigidas por una determinada norma o por el mismo cliente.
- **Estándares:** Son criterios indispensables que debe cumplir un establecimiento de salud para garantizar una adecuada calidad en la prestación de salud, y serán sometidos a revisiones periódicas para su actualización en base a los logros obtenidos.
- **Gestión de la calidad:** Metodología de trabajo que abarca todos los procesos y variables involucradas, desde el principio hasta el final, de tal manera que el producto/servicio obtenido satisfaga las necesidades de los clientes. La

diferencia entre gestión de la calidad y control de calidad, es que la primera se abarca todas las etapas de un proceso, mientras que la segunda solo es la última etapa final de verificación.

- **Herramientas de calidad:** Conjunto de instrumentos para manejar la información que auxilia en la toma de decisiones y están involucradas en el proceso de mejora de la atención.
- **Historia clínica física:** es un documento en formato físico; contiene información confidencial y veraz del usuario/paciente, generado obligatoriamente por el personal de salud en cada uno de los procesos asistenciales en forma sistemática con los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento. (Ministerio de Salud Pública, 2021).
- **Historia clínica electrónica:** es el conjunto integral de datos clínicos, sociales y económicos referidos a la salud de una persona, desde su nacimiento hasta su muerte procesada a través de medios electrónicos, siendo el equivalente funcional de la historia clínica papel. (Ministerio de Salud Pública, 2021).
- **Inconformidad:** Se refiere a los diferentes tipos de manifestaciones ciudadanas sobre los servicios de salud en cuanto al proceso de atención, se gestiona mediante un proceso de auditoría de la calidad (Ministerio de Salud Pública, 2016).
- **Informe de auditoría:** Es el producto de la auditoría de la calidad de la atención en los servicios de salud donde se hace constar todo lo observado dentro de la misma.
- **Informe Técnico:** Es la exposición por escrito por parte del prestador de servicios de salud sobre el proceso de atención de salud brindado al paciente.
- **Inspección:** Verificación que se realiza a los establecimientos de salud para comprobar el cumplimiento de los estándares mínimos de los recursos existentes in situ.



- **Licenciamiento:** Procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la Autoridad Sanitaria realiza una evaluación a los establecimientos de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, para garantizar que cumplan con los estándares mínimos necesarios para su funcionamiento. (Acuerdo Ministerial 00004915, Reglamento para la aplicación del Proceso de Licenciamiento en Establecimientos de Salud).
- **Mediación:** La mediación es un procedimiento de solución de conflictos por el cual las partes, asistidas por un tercero neutral llamado mediador, procuran un acuerdo voluntario, que verse sobre materia transigible, de carácter extrajudicial y definitivo, que ponga fin al conflicto. (Consejo de la Judicatura, 2015).
- **Mejora:** Conducta por la cual se busca aumentar la calidad del producto, servicio o proceso.
- **Mejora continua de la calidad:** Actividad recurrente para mejorar el desempeño. El proceso de establecer objetivos y de encontrar oportunidades para la mejora, es un proceso continuo mediante el uso de hallazgos de la auditoría o evaluación, del análisis de los datos, de las revisiones, y generalmente conduce a una acción correctiva o una acción preventiva. (ISO 9000, 2015).
- **Modelo de Gestión de la calidad:** Es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones. (Román, 2012).
- **Plan de mejora continua:** Conjunto de acciones planificadas, jerarquizadas y ordenadas en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de la atención médica que se otorga en una unidad de salud.
- **Plan de calidad:** Resumen de todos los procesos de la empresa que indica los proce-

dimientos a seguir, recursos a utilizar, los responsables y el momento de ejecutar determinadas operaciones.

El plan de calidad no sustituye a ninguno de los procesos que exige la norma ISO 10013: Manual de calidad, procedimientos, instrucciones u otros.

- **Requerimiento:** Se refiere a peticiones que se presentan a modo de solicitud o necesidad por parte de los usuarios, se gestiona sin necesidad de levantar un proceso de Auditoría de Calidad.
- **Servicio de Salud:** Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, nivele de atención y complejidad. (Ley Orgánica de Salud, 2006).
- **Sistema Nacional de Salud:** Comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud (subsistema); abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.





*“La calidad nunca es un accidente. Siempre es el resultado del esfuerzo inteligente”.*  
**John Ruskin**



## 7.- Desarrollo

**El Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, está conformado por tres componentes:**

1. Gestión de Habilitación, Licenciamiento, Certificación y Acreditación en Salud.
2. Gestión de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud.

3. Gestión de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.

Cada uno de estos componentes contiene sus propios documentos normativos técnicos, procedimientos, procesos y herramientas técnicas, que permiten ejecutar el Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud.

**Gráfico Nro. 1.- Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud**



Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad

El Modelo de Gestión de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, utiliza el Ciclo Deming o también conocido como ciclo PEVA/PHVA/PDCA, el mismo que permite identificar oportu-

nidades de mejora con la finalidad de realizar las gestiones que correspondan, en pro de garantizar la mejora continua de los servicios de salud.

**Gráfico Nro. II Ciclo Deming**

## Ciclo de Deming - PDCA



Fuente: <https://www.ingenieriadecalidad.com/2020/02/ciclo-de-deming.html>

El ciclo PEVA se describe brevemente de la siguiente forma:

- **Planificar:** establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del usuario y las políticas de la organización, e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades.

- **Ejecutar/Hacer:** implementar lo planificado.
- **Verificar:** realizar el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre los resultados.
- **Actuar:** tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario. (ISO 9001, 2015).

## 7.1.- Capítulo I: Gestión de Habilitación, Licenciamiento, Certificación y Acreditación en Salud

La Gestión de Habilitación, Licenciamiento, Certificación y Acreditación en Salud, se refiere a los documentos normativos técnicos, procedimientos, procesos y herramientas técnicas, que permiten la habilitación, certificación y acreditación en los servicios de salud del país.



**Gráfico Nro. III Pirámide jerárquica de la Gestión de Habilitación, Licenciamiento, Certificación y Acreditación en Salud.**



Fuente: ACCESS  
Elaboración: Dirección Técnica de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad



*“La calidad significa hacerlo bien cuando nadie está mirando”.*  
**Henry Ford**



## 7.1.1 Sección I: Gestión de Habilitación

### 7.1.1.1 Perfilador de Riesgos

#### Introducción

El perfilador de riesgos permite clasificar a los establecimientos y servicios de atención en salud, de acuerdo a criterios técnicos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

#### Objetivo

Determinar la periodicidad de la inspección in situ para la obtención del permiso de funcionamiento, permitiendo optimizar los esfuerzos del recurso humano, y fortalecer los procesos de control; a fin de garantizar que los establecimientos mantengan las condiciones con las que obtuvieron el permiso de funcionamiento y a la vez gestionar la mejora continua y los procesos de seguridad del paciente.

#### Desarrollo

La clasificación de los establecimientos de salud y servicios de atención de salud se realizará de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Niveles de atención de los establecimientos de salud:
  - a) Cartera de servicios, Prestaciones y Subprestaciones de baja, mediana y alta complejidad que se oferten en el establecimiento de salud de manera obligatoria.
2. Riesgo sanitario.
3. Perfil epidemiológico del establecimiento de salud: Considerar las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad que afectan a la población.
4. Desechos generados en los establecimientos de salud: Considerar la clasificación establecida en el “Manual de Gestión Interna de Residuos y Desechos Generados en los establecimientos de salud”, expedido mediante Acuerdo Ministerial N° 00036-219 de fecha 02 de septiembre 2019.

- 5. Accesibilidad geográfica y socio cultural.
- 6. Población vulnerable y prioritaria.
- 7. Incumplimiento de la normativa emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Para la obtención del permiso de funcionamiento y posterior aplicación de las visitas de control y vigilancia sanitaria.

Se aplicarán cuatro (4) riesgos sanitarios, basados en los siete (7) criterios emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. De los cuales, cuatro guardan estrecha relación con la prestación del servicio de salud; tales como:

- a) Nivel de atención de los establecimientos de salud;
- b) Riesgo sanitario basado en la complejidad de los procedimientos médicos ejecutados en cada tipología;

- c) este riesgo fusiona los criterios del Perfil epidemiológico y Población vulnerable del MSP, abordado en la atención de grupos etarios y vulnerables;
- d) Gestión de desechos, aborda los desechos generados en los establecimientos de salud, sean estos desechos biológicos y/o radioactivos.

Los criterios 5 y 7 referentes a la Accesibilidad geográfica e Incumplimiento normativo, se establecerán conforme la georreferenciación de los establecimientos de salud y el resultado de la aplicación de la normativa legal vigente, reflejada en las visitas de habilitación o de vigilancia o control.

Se han establecidos cuatro (4) perfiles de riesgo A, B, C y D puntuados en base a los cuatro (4) criterios definidos anteriormente. Definiéndose el perfil A de mayor riesgo y el perfil D de menor riesgo. Esto definiría la periodicidad de la visita de inspección in situ.

**Tabla Nro. 1.- Interpretación de resultados**

PUNTAJE	PERFIL DE RIESGO	PERIODICIDAD DE LA VISTA
8	A	CINCO VECES EN CINCO (5) AÑOS.
6 y 7	B	DOS VECES EN CINCO (5) AÑOS
4 y 5	C	DOS VECES EN CINCO (5) AÑOS
2 y 3	D	UNA VEZ EN CINCO (5) AÑOS

Fuente: ACCESS  
Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación.

Importante recalcar que, el permiso de funcionamiento tiene una vigencia de un año según lo establecido en el **Acuerdo Ministerial N°00032-2020, REGLAMENTO PARA EMISIÓN DEL PERMISO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**, para lo cual

los establecimientos con riesgo B; C; D, deberán cumplir anualmente con procesos de auto evaluación, de igual forma deberá pagar la tasa para obtención del certificado de permiso de funcionamiento de manera anual.

## Metodología de implementación. –

Para la aplicación del perfilador de riesgo, se tomará como periodo inicial, una metodología de aplicación de cinco (5) años, dentro del cual se establece la temporalidad de evaluación in situ, así como los periodos de autoevaluación según la categorización del nivel del riesgo.

**Tabla Nro. 2.- Tabla de aplicación de metodología**

Proceso de aplicación	año 1	año 2	año 3	año 4	año 5
Visita de evaluación in situ.	a	a	a	a	a
	d	b	c	b	c
autoevaluación	b	c	b	c	b
	c	d	d	d	d

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación.

**Tabla Nro. 3.- Criterios de evaluación para las tipologías concernientes al: primer y segundo nivel de atención; asistencia y transporte sanitario; y, unidades móviles.**

<b>A) RIESGO SANITARIO</b>	
1	Baja complejidad.
2	Moderada complejidad (procedimientos menores)
3	Alta complejidad (cirugías mayores, atención de partos)
<b>B) GESTIÓN DE DESECHOS</b>	
1	Común - Infeccioso - corto punzante
2	Biológicos
3	Radioactivo
<b>C) PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y POBLACIÓN VULNERABLE</b>	
0	No tiene
1	Bajo
2	Alto

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación.

Se aplicaron los criterios de evaluación de la tabla No. 1 a las tipologías de primer nivel; segundo nivel; asistencia y transporte sanitario; unidades móviles, conforme al Acuerdo Ministerial No. 000030/2020, obteniendo el siguiente Perfilador de Riesgos para las siguientes tipologías.

**Tabla Nro. 4.- Primer nivel de atención**

Criterio A	Tipología AM 030/2020.	Criterio B	Criterio C	Criterio D	TOTAL	Riesgo
Establecimientos de atención de salud del primer nivel de atención.	Puesto de salud	1	1	0	2	D
	Consultorio general	1	2	0	3	D
	Centro de salud A	2	2	0	4	C
	Centro de salud B	2	2	2	6	B
	Centro de salud C	3	3	2	8	A
	Centro de salud en centros de privación de libertad	1	1	1	3	D

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación.

**Tabla Nro. 5.- Segundo nivel de atención**

Criterio A	Tipología AM 030/2020.	Criterio B	Criterio C	Criterio D	TOTAL	Riesgo
Establecimientos de atención de salud del segundo nivel de atención.	Consultorio de especialidad	2	2	0	4	C
	Centro de especialidades	2	2	2	6	B
	Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día)	3	3	2	8	A
	Centro de atención ambulatoria en salud mental	2	1	1	4	C
	Hospital básico	3	3	2	8	A
	Hospital general	3	3	2	8	A

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación.

**Tabla Nro. 6.- Asistencia y transporte sanitario**

Criterio A	Servicios	Tipología AM 030/2020.	Criterio B	Criterio C	Criterio D	TOTAL	Riesgo
Establecimientos móviles de atención de salud.	ASISTENCIA Y TRANSPORTE SANITARIO	Ambulancia de transporte simple	0	1	1	2	D
		Ambulancia de soporte vital básico	2	1	1	4	C
		Ambulancia de soporte vital avanzado	3	2	1	6	B
		Ambulancia de transporte especializado en neonatología	3	3	2	8	A

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación

**Tabla Nro. 7.- Unidades móviles**

Criterio A	Servicios	Tipología AM 030/2020.	Criterio B	Criterio C	Criterio D	TOTAL	Riesgo
Establecimientos móviles de atención de salud.	Unidades móviles	Unidad móvil de atención ambulatoria	3	2	1	6	B
		Unidad móvil de apoyo diagnóstico y/o terapéutico	3	2	1	6	B
		Hospital móvil	3	3	2	8	A

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación

**Tabla Nro. 8 Criterios de evaluación para las tipologías concernientes al: tercer nivel de atención y servicios de apoyo.**

A. RIESGO SANITARIO ( PROCEDIMIENTOS)	
0	No tiene.
1	Baja complejidad.
2	Moderada complejidad (procedimientos menores)
3	Alta complejidad (cirugías mayores, atención de partos)
B. GESTIÓN DE DESECHOS (TIPO DE DESECHO GENERADO)	
1	Común - Infeccioso - corto punzante
2	Biológicos
3	Radioactivo
C. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (RIESGOS DIRECTOS A SALUD PÚBLICA)	
0	No tiene
1	Bajo
2	Alto

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación.

De igual manera, se aplicaron los criterios de evaluación de la tabla No. 2 a las tipologías del Tercer Nivel de atención, y los servicios de apoyo según el Acuerdo Ministerial No. 000030/2020, obteniendo el siguiente Perfilador de Riesgos para las siguientes tipologías.

**Tabla Nro. 9.- Tercer nivel de atención**

Criterio A	Tipología AM 030/2020.	Subcategoría /complejidad	Criterio B	Criterio C	Criterio D	TOTAL	Riesgo
Establecimientos de atención de salud del tercer nivel de atención.	Centro especializado (CERS/CETAD).	Ambulatorio/ Hospitalario	3	3	2	8	A
	Hospital especializado	Hospitalario	3	3	2	8	A
	Hospital de especialidades	Hospitalario	3	3	2	8	A

Fuente: ACCESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación

**Tabla Nro. 10.- Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico**

Criterio A	Tipología AM 030/2020.	Subcategoría /complejidad	Criterio B	Criterio C	Criterio D	TOTAL	Riesgo
Establecimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico.	Laboratorios de análisis clínico	baja complejidad	2	2	0	4	C
	Laboratorios de análisis clínico	mediana complejidad	3	2	1	6	B
	Laboratorios de análisis clínico	alta complejidad	3	3	2	8	A
	Laboratorios de análisis clínico	especializado	3	3	2	8	A
	Centros de radiología e imagen	baja complejidad	2	2	0	4	C
	Centros de radiología e imagen	mediana complejidad	2	3	1	6	B
	Centros de radiología e imagen	alta complejidad	3	3	2	8	A
	Laboratorios de anatomía patológica	baja complejidad	2	2	0	4	C
	Laboratorios de anatomía patológica	mediana complejidad	3	2	1	6	B
	Laboratorios de anatomía patológica	alta complejidad	3	3	2	8	A
	Establecimientos de servicios de sangre	Centro de colecta	2	2	0	4	C
	Establecimientos de servicios de sangre	Centro de colecta y distribución	3	2	0	5	B
	Establecimientos de servicios de sangre	Banco de sangre	3	3	2	8	A
	Establecimientos de servicios de sangre	Hemocentro	3	3	2	8	A

	Establecimientos de tejidos y células	Bancos de tejidos y/o células	3	3	2	8	A
	Consultorio de apoyo en optometría	N/A	1	1	0	2	D
Establecimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico	Consultorio de apoyo en fonoaudiología	N/A	1	1	0	2	D
	Establecimientos de rehabilitación física	baja complejidad	1	1	0	2	D
	Establecimientos de rehabilitación física	mediana complejidad	1	1	0	2	D
	Establecimientos de rehabilitación física	alta complejidad	1	1	0	2	D
	Centro de apoyo en terapia del lenguaje	N/A	1	1	0	2	D
	Centro en terapia ocupacional	N/A	1	1	0	2	D
	Establecimientos de terapia hiperbárica	N/A	1	1	0	2	D
	Centros de apoyo diagnóstico y/o terapéutico	baja complejidad	1	2	1	4	C
	Centros de apoyo diagnóstico y/o terapéutico	mediana complejidad	2	2	1	5	B
	Centros de apoyo diagnóstico y/o terapéutico	alta complejidad	3	3	2	8	A
	Servicios de atención domiciliaria	baja complejidad	2	2	0	4	C
	Servicios de atención domiciliaria	media complejidad	3	2	1	6	B
	Servicios de atención domiciliaria	alta complejidad	3	3	2	8	A

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación

**Tabla Nro. 11.- Centros de salud en el trabajo**

Criterio A	Tipología AM 030/2020.	Subcategoría /complejidad	Criterio B	Criterio C	Criterio D	TOTAL	Riesgo
Centros de Salud en el Trabajo.	Centros de salud en el trabajo	baja complejidad	2	2	0	4	C
	Centros de salud en el trabajo	mediana complejidad	3	2	1	6	B
	Centros de salud en el trabajo	alta complejidad	3	3	2	8	A

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación

## 7.1.1.2 Perfilador de Riesgos de la Gestión de Control en Salud

El Perfilador de Riesgos de la Gestión de Control en salud, permite clasificar a los establecimientos y servicios de atención en salud, y ejecutar los controles a los prestadores de servicios de salud, de acuerdo a los criterios técnicos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

**Tabla Nro. 12.- Perfilador de Riesgos de la Gestión de Control en Salud**

	Año 1		Año 2		Año 3		Año 4		Año 5		Criterio de Inclusión para Realizar las Inspecciones de Control
Habilitación	A		A		A		A		A		Programar en primer lugar los establecimientos de salud que no han remitido los verificables del cumplimiento del Plan de Gestión, que obtuvieron su permiso de funcionamiento con un Plan de Gestión, que modificaron su cartera de servicios sin cambiar la tipología ( aumenta UTPR, servicios condicionados, cambio o incremento de plantilla de TH).
	2050		2050		2050		2050		2050		
	D		B		C		B		C		Programar en segundo lugar los establecimientos de salud que hayan obtenido una mala calificación en la encuesta de satisfacción del Usuario realizada por la DTRAC.
	21421		5935		16617		5935		16617		Programar en tercer lugar los establecimientos que han cambiado de tipología pero que conforme el modelo se les otorga permiso de funcionamiento por autoevaluación.
Sub Total Habilitación	23471		7985		18667		7985		18667		Programar en cuarto lugar los establecimientos de salud que en la autoevaluación no hayan tenido observaciones conforme cada una de sus tipologías.
Control	B		C		B		C		B		Realizar la Planificación conforme la Georreferenciación para optimizar el recurso humano y de movilización
	1978	33%	8309	50%	1978	33%	8309	50%	1978	33%	
	C		D		D		D		D		
	O		7498	35%	3214	15%	7498	35%	3214	15%	
Sub Total Habilitación	1978		15807		5192		15807		5192		
Total	25449		23792		23859		23792		23859		

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación





*“La calidad es generalmente transparente cuando está presente, pero se reconoce fácilmente en su ausencia”.*

**Alan Gillies**



## 7.1.2.- Sección II: Licenciamiento

### Introducción:

El licenciamiento es un procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la Autoridad Sanitaria realiza una evaluación a los establecimientos de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, para garantizar que cumplan con los estándares mínimos necesarios para su funcionamiento.

### Objetivo:

Establecer los criterios técnicos para la aplicación del proceso de Licenciamiento a establecimientos de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud.

### Desarrollo:

Actualmente el proceso de licenciamiento se realiza en las siguientes:

- Centros Especializados para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas - CETAD.

- Centros Especializados en Salud Renal CESR.

De lo cual se aplican las siguientes documentos:

- Resolución de aprobación de Reglamento interno.
- Documento de aprobación de Programa Terapéutico.
- Matriz de Autolicenciamiento

El proceso de licenciamiento es obligatorio, con una duración de 4 años, para lo cual deben cumplir con:

El Autolicenciamiento es un paso previo a la inspección y Licenciamiento se ejecuta a través del sistema informático de prestadores de servicios de salud de la ACCESS.

El licenciamiento tiene una vigencia de 4 (cuatro) años, contados desde su emisión, no obstante, el Autolicenciamiento debe ser realizado de forma anual.

Para obtener el licenciamiento se realiza una ins-

pección in situ, en donde se verifica la información emitida en la matriz de Autolicenciamiento.

Resultado de la inspección in situ: Una vez que se concluye la inspección in situ, se efectúa la calificación del establecimiento de salud, misma que se realiza por servicios. El porcentaje asignado es el siguiente:

Infraestructura: 30%  
Equipamiento: 30%  
Talento Humano: 35%  
Normas en Físico y Digitales: 5%

Los valores obtenidos por cada servicio son promediados para obtener un puntaje global, el mismo que podrá puntuarse en una de las siguientes ponderaciones:

Si licencia (85-100%),  
Licencia condicionada (70-84%),  
No licencia (69% o menor).

**Re inspección:** Los establecimientos de salud con licencia condicionada tienen un plazo de hasta ocho (8) meses, contados a partir de la entrega de la certificación correspondiente, para subsanar las observaciones de la primera inspección. Durante este plazo mencionado el establecimiento de salud podrá seguir funcionando, con la condición de exhibir en un lugar visible el certificado de licencia condicionada.

Luego de haber transcurrido el plazo establecido, se realiza una nueva inspección para la verificación del cumplimiento de las observaciones. De obtener un puntaje de 85% a 100%, el establecimiento obtendrá su certificado de licenciamiento; caso contrario, se cancelará la solicitud.

Los títulos que avalan la formación profesional del personal, que presta sus servicios en los establecimientos de salud, deben estar registrados en la SENESCYT y en la ACCESS.

Con carácter obligatorio, el usuario previo a la

descarga del certificado de licenciamiento, debe llenar una encuesta de satisfacción, del servicio recibido.

El certificado de Licenciamiento debe reposar en un lugar visible del establecimiento de salud. En caso de que el establecimiento de salud no licencie, podrá iniciar de forma inmediata un nuevo proceso de licenciamiento.



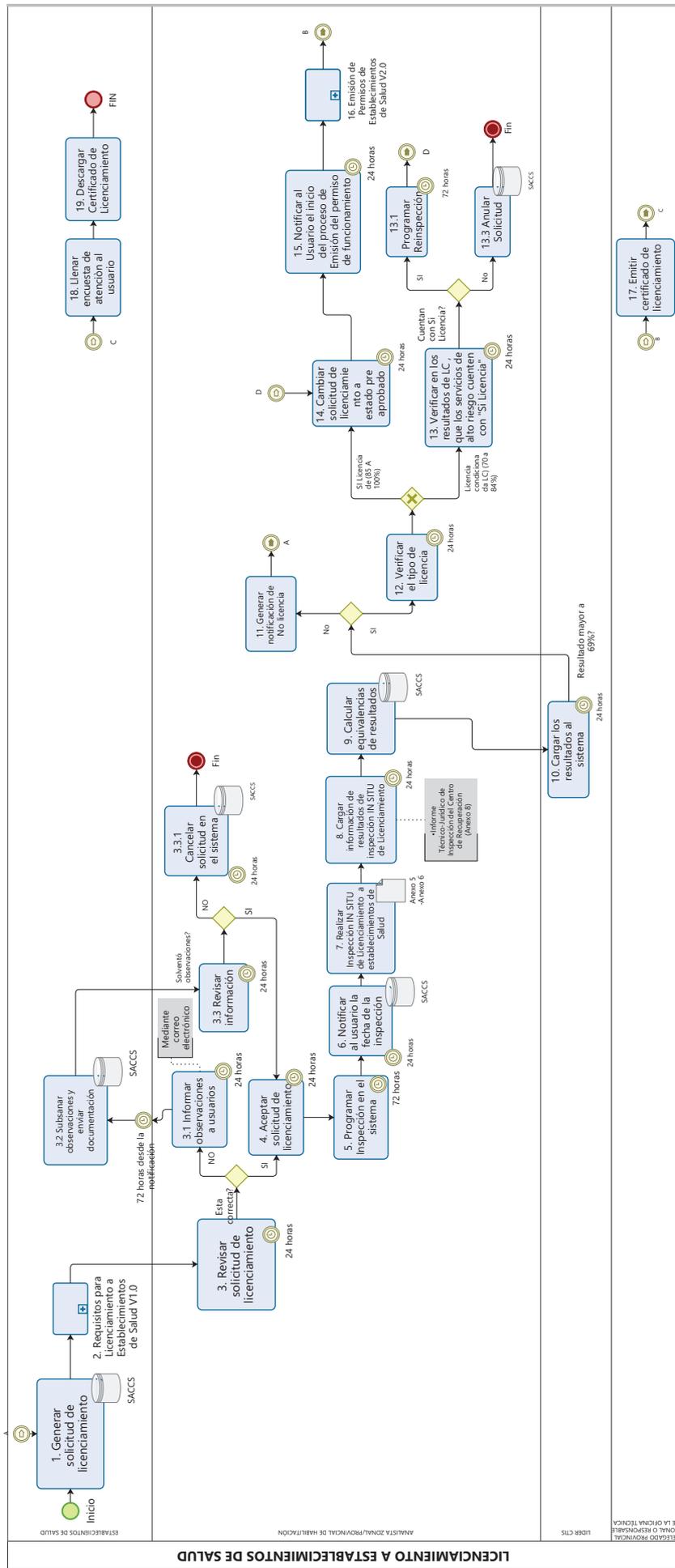
## Ficha de caracterización del proceso de licenciamiento

<b>Proceso:</b>	<b>Licenciamiento de Establecimientos de Salud</b>
<b>Código del Proceso</b>	GATH-PA-P03-MP01
<b>Descripción</b>	<p><b>Objetivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar la prestación de servicios de salud oportunos y seguros, mediante la evaluación de estándares mínimos necesarios a establecimientos de salud para su funcionamiento.</li> </ul> <p><b>Alcance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El proceso se inicia desde el ingreso de la solicitud por parte de los Establecimientos de Salud (CESR-CETAD) en el sistema de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud, módulo de Licenciamiento, incluyendo la carga de requisitos habilitantes, hasta la descarga del certificado de Licenciamiento, por parte de los Establecimientos solicitantes (CESR-CETAD).</li> </ul> <p><b>Proveedores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Establecimientos de Salud (CETAD-CESR)</li> </ul> <p><b>Disparador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidad del Certificado de Licenciamiento de los establecimientos de salud.</li> </ul> <p><b>Entradas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Generación de solicitud de certificado de licenciamiento en el sistema informático de Establecimientos prestadores de Servicios de Salud.</li> </ul> <p><b>CETAD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución de aprobación de Reglamento interno.</li> <li>Documento de aprobación de Programa Terapéutico.</li> <li>Matriz de Autolicenciamiento.</li> </ul> <p><b>CESR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Matriz Autolicenciamiento.</li> </ul> <p><b>Subprocesos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Requisitos para Licenciamiento a Establecimientos de Salud.</li> <li>Permisos de Funcionamiento a Establecimientos que prestan servicios de salud, públicos y privados.</li> </ul>
<b>Salidas</b>	Emisión del Certificado de Licenciamiento de establecimientos de salud.
<b>Responsable del Proceso</b>	Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación.
<b>Tipo de Usuario</b>	Externo: Establecimientos prestadores de servicios de Salud Públicos y Privados.
<b>Controles del proceso</b>	<p><b>Identificación Normativa Legal Vigente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Constitución de la República del Ecuador.</li> <li>Acuerdo Ministerial 00004915, Reglamento para la aplicación del Proceso de Licenciamiento en Establecimientos de Salud. Art. 3, 4, 6, 7, 12, 13, 14 y 16.</li> <li>Acuerdo Ministerial 00032 "Reglamento para la emisión del permiso de funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud del sistema nacional de salud", publicado en el Registro Oficial 246 de fecha 15 de julio del 2020. Disposición General Cuarta</li> <li>Acuerdo Ministerial No. 00001993 Instructivo para Otorgar el Permiso Anual de Funcionamiento a los Centros de Recuperación para tratamiento a Personas con Adicciones o dependencias A Sustancias Psicoactivas (Cr)</li> <li>Acuerdo 00000080 (Registro Oficial 832, 2-IX-2016) Instrumentos para evaluación.</li> </ul>

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Vigilancia y Control

**Diagrama de flujo**  
**Gráfico Nro. IV.- Proceso licenciamiento a establecimientos de salud**



Fuente: ACESS  
 Elaboración: Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación

**Tabla Nro. 13.- Indicadores del proceso de licenciamiento**

No.	Nombre del Indicador	Tipo de Indicador	Meta	Unidad de medida	Periodicidad	Método de Cálculo	Responsable de la medición
1	Tiempo de emisión de certificado de licenciamiento de Establecimientos de Salud	Eficacia	30	días	Mensual	Fecha de emisión del certificado de licenciamiento/ Fecha de ingreso de la solicitud (promedio)	Director Técnico de Habilitación, Certificación y Acreditación.

**Documento de referencia:**

Manual de proceso de Licenciamiento a establecimientos de salud – ACESS, 2022.





*“La calidad no es un acto, es un hábito”.*  
**Aristóteles**



### 7.1.3.- Sección III: Certificación

#### **Introducción:**

La normativa ESAMyN es una herramienta que busca un abordaje integral para mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal, promover el parto y el nacimiento de forma respetuosa basado además en una adecuada atención de las emergencias obstétricas y neonatales, prevención de la transmisión vertical de VIH y sífilis además del fomento, apoyo y protección de la lactancia materna.

#### **Objetivo:**

Propiciar al personal de salud, a que brinde una adecuada, oportuna y segura atención a las mujeres y los recién nacidos, durante el embarazo, parto y posparto en los establecimientos de salud que atienden partos, como una estrategia para contribuir a la disminución de la morbilidad materna y neonatal.

#### **Desarrollo:**

En el marco del cumplimiento de los objetivos del Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, específicamente el objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, que contempla la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna, así como poner fin a las muertes evitables de recién nacidos, es necesario evidenciar que el abordaje de cada muerte materna y neonatal constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores, agravados por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, y familiar de la mujer; y, dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud y con un abordaje intercultural. (World Health Organization., 2018).

En el Ecuador se cuenta con la Norma técnica para la Certificación de establecimientos de salud como amigos de la madre y del niño (ESAMyN), la misma que establece las directrices para brindar una atención adecuada, de calidad, oportuna

para la atención a la mujer y al recién nacido, basado en buenas prácticas y en la mejor evidencia científica actual y disponible a nivel institucional y asistencial, contribuyendo de esta manera a la disminución de la morbilidad materna neonatal a través de: la atención adecuada durante el embarazo, el tratamiento oportuno de complicaciones obstétricas y neonatales, la atención adecuada, respetuosa en el parto y posparto además del apoyo, protección y fomento de la lactancia materna, garantizando el cumplimiento de los mandatos constitucionales, así como las lineamientos del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud con enfoque Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

La normativa de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN), es de cumplimiento obligatorio para todos los establecimientos de salud que atienden partos, sean públicos o privados, independientemente de si desean o no certificarse, para lo cual deben cumplir con los componentes y pasos que se describen a continuación:

Componentes y pasos de la Norma ESAMyN:  
La Norma ESAMyN consta de 4 componentes que forman parte de la atención que debe recibir la mujer de manera integral, respetuosa y segura, los que se describen a continuación:

- Componente general;
- Componente prenatal;
- Componente parto y posparto;
- Componente lactancia materna.

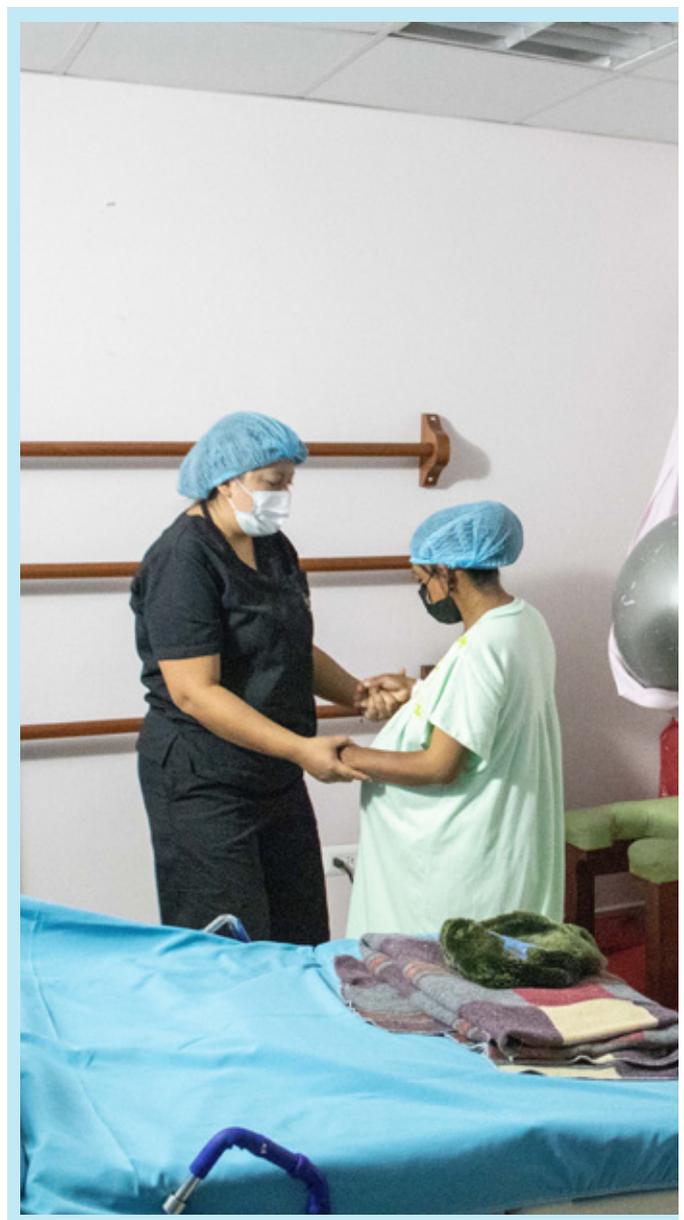
Cada componente está integrado por pasos que emiten directrices y parámetros que deben cumplirse en un porcentaje estandarizado para alcanzar el puntaje requerido para la certificación. Proceso de certificación de Establecimientos de Salud **Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN)**.

La certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN), es

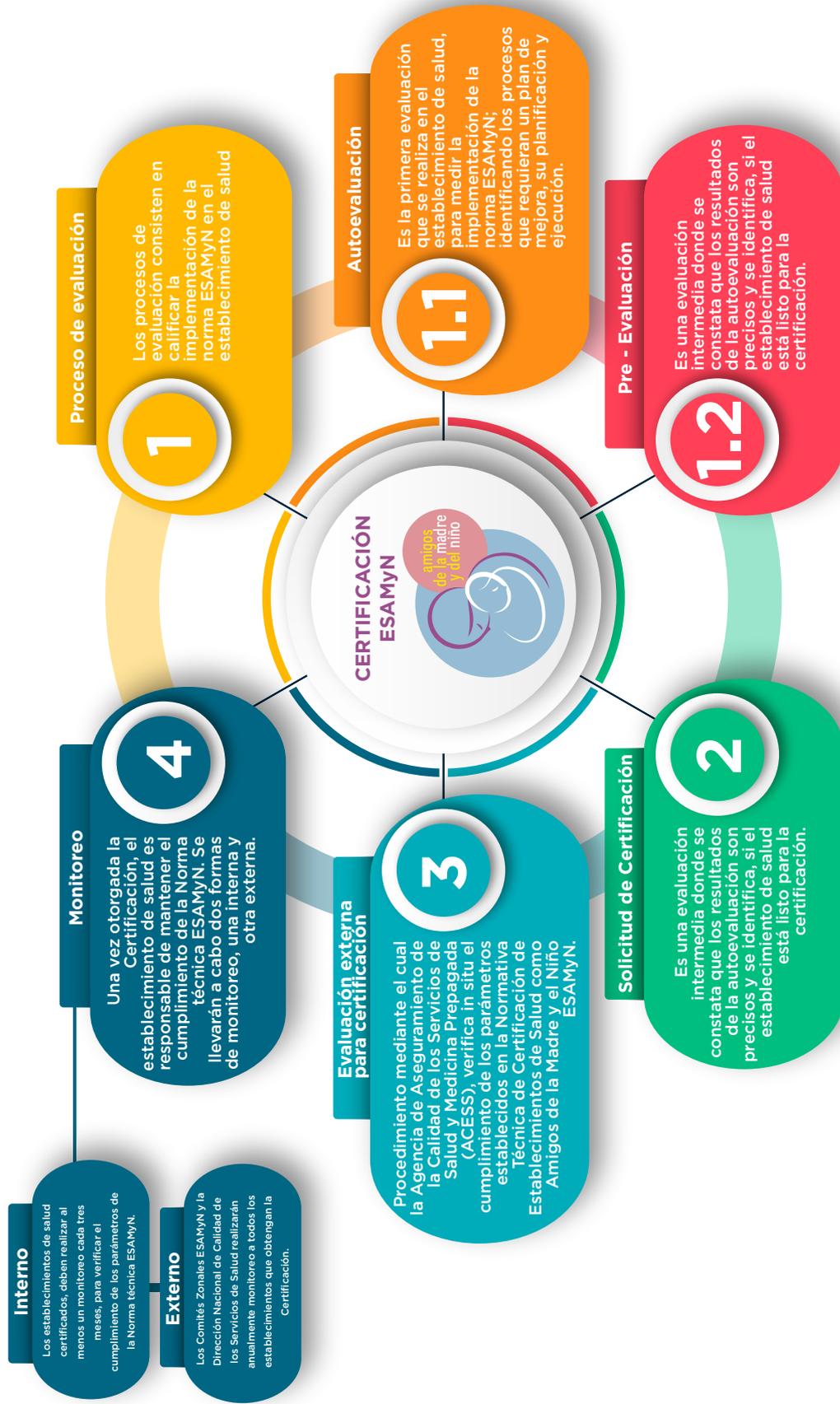
un proceso voluntario, con una duración de dos años, para lo cual deben cumplir con los procesos de:

- Evaluación (autoevaluación y pre-evaluación);
- Solicitud de certificación y evaluación externa para certificación, monitoreo continuo, monitoreo interno y externo.

En los que se observa y reconoce la implementación y cumplimiento de los indicadores de los cuatro componentes de la Norma ESAMyN.



**Gráfico Nro. V - Proceso de certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN).**



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Promoción de la Salud, 2016



*“La calidad es conformidad con los requisitos”.*  
**Philip Crosby**



## 7.1.4.- Sección IV: Acreditación

### Introducción:

El Sistema de Acreditación en el Ecuador es un macro proceso que está orientado al cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios para la atención en salud.

### Objetivo:

Verificar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios para la atención en salud.

### Desarrollo:

En el Ecuador la Acreditación es un proceso voluntario de establecimientos de salud y sus profesionales, los cuales solicitan la acreditación a Organismos no Gubernamentales autorizados para tal fin, con el propósito que se verifique el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios para la atención en salud, fijados y normados por cada entidad.

El Sistema de Acreditación en salud permite fortalecer el Sistema Nacional de Salud en los siguientes aspectos:

- Cambiar el modelo de gestión y alcanzar la acreditación, en donde existan requisitos más exigentes para los prestadores de servicios de salud y de las entidades acreditadoras en el país.
- Fortalecer el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud con enfoque en la seguridad del paciente a nivel nacional. (SUPERINTENDENCIA DE SALUD, 2022).

El Registro de Establecimientos de Salud Acreditados internacionalmente pueden ser visualizados en la página web de la ACCESS [www.aces.gov.ec](http://www.aces.gov.ec), hasta que se cuente con un Modelo de Acreditación Nacional en salud.



*“La verdadera seguridad se halla más bien en la solidaridad que en el esfuerzo individual aislado”  
Fiódor Dostoyevski*



## 8.- Capítulo II: Gestión de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud

### Introducción:

La Gestión de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, se refiere a los documentos normativos y técnicos, procedimientos, procesos y herramientas técnicas, que permiten la gestión de auditoría para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud del país.

### Objetivo:

Garantizar la calidad de los servicios de salud y seguridad del paciente mediante la mejora continua del proceso de atención en los establecimientos de salud públicos y privados a través de la gestión de los requerimientos e inconformidades de los usuarios pacientes.

### Desarrollo:

Para la ejecución del proceso, se aplican los siguientes lineamientos:

- Para gestionar un caso de requerimiento del usuario por la vía de la mediación, se realiza

un análisis que confirme que el mismo sea de materia transigible.

- Los requerimientos de los usuarios que se gestionan con el apoyo de los Convenios Interinstitucionales que mantiene la ACESS, se realizan en base a las líneas de trabajo acordadas en los documentos de cooperación.

- Las Auditorías de Caso y la Auditoría de Calidad, derivada de la inconformidad, se basan en la historia clínica del paciente, documento principal que es remitido en copia certificada por el establecimiento de salud involucrado.

- Las Auditorías de Caso y la Auditoría de Calidad, que requieren una evaluación de pares, según la materia o especialidad, son gestionadas con la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria.

- Las Auditorías de Calidad que se ejecutan con los subsistemas de salud involucrados, son coordinadas y analizadas por la ACESS.

## Gestión del Proceso:

- Se recepta y se revisa el documento presentado por el usuario, se asigna un código interno para precautelar el derecho de confidencialidad del paciente y se determina si es un requerimiento o una inconformidad.
- Cuando se trata de un requerimiento, se toma contacto con el usuario y se verifica si existe la necesidad de un proceso de mediación, de ser así, se elaborará un oficio/informe, y se remite al Centro de Mediación de la Defensoría Pública/Centro de Mediación de la Función Judicial, según corresponda, posterior a ello se realiza el seguimiento respectivo.
- En el caso que el requerimiento no amerite un proceso de mediación, se solicita a los prestadores de servicios salud involucrados, que un plazo

no mayor a 15 días, se remita información referente a la provisión de servicios de salud, historia clínica, informe técnico, pronunciamiento, según corresponda, con la finalidad de realizar el análisis respectivo, ejecutar las acciones pertinentes y retroalimentar al usuario.

- Cuando se trata de una inconformidad, posterior al análisis del mismo, si corresponde a un establecimiento de salud que pertenece a la Red Pública Integral de Salud, se solicita a cada subsistema (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL), que realice una auditoría de la calidad de la atención en los servicios de salud; cuando la inconformidad corresponda a un establecimiento de salud que pertenece a la Red Privada Complementaria, la ACCESS ejecuta dicha auditoría. Posterior a ello se realiza el seguimiento de los planes de acción según corresponda.



## Ficha de caracterización del proceso de Análisis de Casos

<b>Proceso:</b>	<b>Gestión de Análisis de Casos</b>
<b>Código del Proceso</b>	GTVC-PS-P03-MP01
<b>Tipo de Proceso</b>	Proceso Sustantivo
<b>Descripción</b>	<p><b>Objetivo:</b> Gestionar los requerimientos e inconformidades que ingresan a la ACCESS relacionadas con a la calidad de los servicios de salud y seguridad del paciente.</p> <p><b>Alcance</b> El presente proceso inicia desde la recepción del requerimiento e inconformidad, para su análisis y gestión de acuerdo a la naturaleza del caso, hasta la retroalimentación al usuario/paciente.</p> <p><b>Proveedores:</b> Usuario, paciente, Familiar.</p> <p><b>Disparador:</b> Requerimiento e inconformidad relacionada con el proceso de atención de salud del usuario o paciente ingresado a la ACCESS.</p> <p><b>Entradas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de gestión Documental/Físico</li> <li>• Plataforma Gob.Ec</li> </ul> <p><b>Subprocesos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorías de la Calidad.</li> <li>• Seguimiento a Planes de acción.</li> <li>• Proceso Sancionatorio.</li> <li>• Proceso de Mediación.</li> </ul>
<b>Salidas</b>	Emisión de retroalimentación en referencia a la respuesta al usuario.
<b>Responsable del Proceso</b>	Dirección Técnica de Vigilancia y Control.
<b>Tipo de Usuario</b>	<b>Usuarios Externos:</b> Paciente, Familiar, Entidades Estatales.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de la República del Ecuador (2008).</li> <li>• Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, publicada en el Registro Oficial Suplemento 337 del 18 de mayo del 2004.</li> <li>• Ley Orgánica de Salud, publicado en el Registro Oficial Suplemento 423 del 22 de diciembre de 2006, última modificación con fecha 18 de diciembre de 2015.</li> <li>• Ley de Derechos y Amparo al Paciente, publicado en el Registro Oficial Suplemento 626 del 03 de febrero de 1995, última modificación con fecha 22 de diciembre de 2006.</li> <li>• Ley de Arbitraje y Mediación, publicado en el Registro Oficial 417 del 14 de diciembre del 2006, última modificación con fecha 22 de mayo de 2015.</li> <li>• Reglamento de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud, emitido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Acuerdo Ministerial 5216, publicado en el Registro Oficial Suplemento 427 del 29 de enero del 2015.</li> </ul>

## Controles del proceso

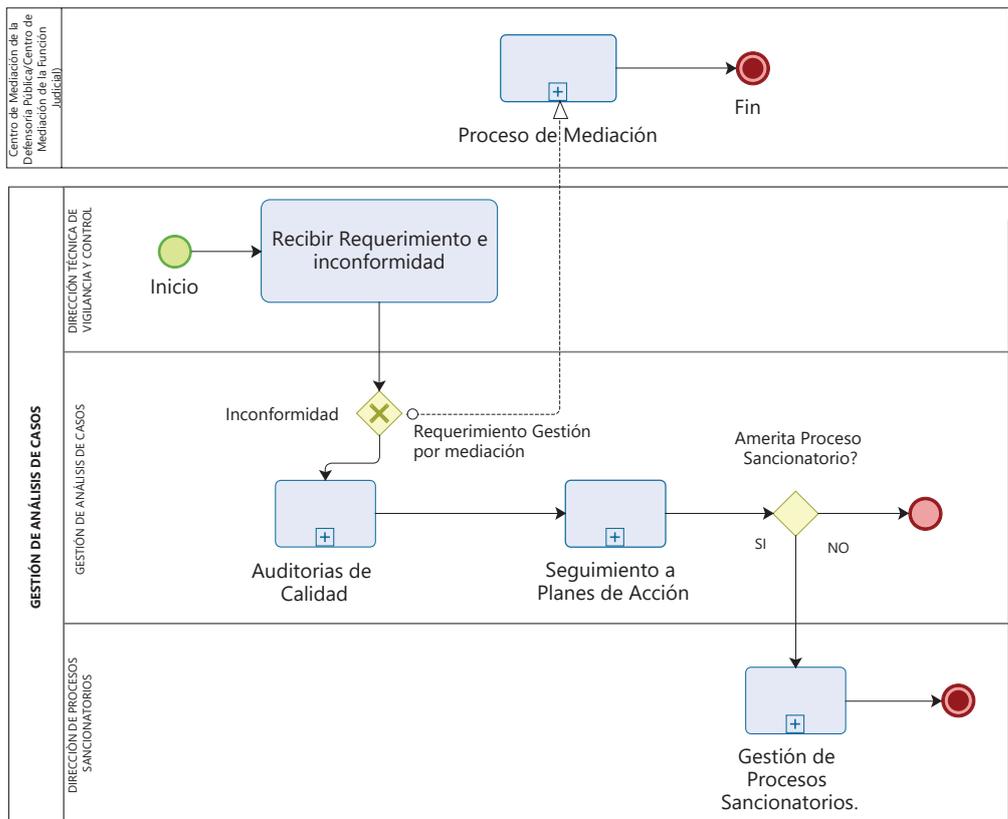
- Decreto Ejecutivo No. 703, publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 534 del 01 de julio del 2015.
- Acuerdo Ministerial 00000115 - 2016, Manual de Seguridad del Paciente – Usuario, publicado en el Registro Oficial No. 760 de fecha 14 de noviembre 2016.
- Acuerdo Ministerial 5316, Modelo Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, publicado en el Registro Oficial Suplemento 510 del 22 de febrero 2016.
- Acuerdo N° 0091-2017, Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico, publicado en el Registro Oficial, Edición Especial N° 20 del 28 de junio de 2017.
- Acuerdo Ministerial 0267 de fecha 14 de septiembre de 2018, Modelo de Gestión de la Información del Formulario Obligatorio de Notificación de Casos de Presunta Violencia de Genero y Graves Violaciones a los Derechos Humanos.
- Acuerdo Ministerial Nro. 00032-2020 de fecha 07 de julio de 2020, publicado en el Registro Oficial 246 de fecha 15 de julio de 2020, donde se emite el Reglamento para Emisión del Permiso de Funcionamiento a Establecimientos y Servicios de Atención de Salud del Sistema Nacional de Salud.
- Acuerdo Ministerial No. 000115 de fecha 10 de enero de 2021 mediante el cual se expide el Reglamento de Manejo de la Historia Clínica Única.
- Acuerdo Ministerial Nro. 00031 de fecha 21 de diciembre de 2021, mediante el cual se expide el Manual de Gestión de la Calidad de la Atención en los Establecimientos de Salud.
- Convenio de Cooperación Interinstitucional, celebrado con fecha 14 de julio del 2022, entre ACESS y Defensoría Pública del Ecuador.
- Convenio de Cooperación Interinstitucional, celebrado con fecha 15 de julio del 2022 entre ACESS y Consejo de la Judicatura.
- Convenio de Cooperación Interinstitucional, celebrado con fecha 08 de noviembre de 2022 entre ACESS y la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.

Fuente: ACESS

Elaboración: Dirección Técnica de Vigilancia y Control



**Gráfico Nro. VII.- Mapa de interrelación de procesos**



Fuente: ACCESS

Elaboración: Dirección Técnica de Vigilancia y Control

**Tabla Nro. 14.- Indicadores del proceso de Gestión de análisis de casos**

No.	Nombre del Indicador	Tipo de Indicador	Meta	Unidad de medida	Periodicidad	Método de Cálculo	Responsable de la medición
1	Porcentaje de requerimientos e inconformidades presentadas por el usuario externo.	Eficacia	100%	Porcentaje	Trimestral	(Número de requerimientos e inconformidades con seguimiento oficializado al usuario / Número de requerimientos e inconformidades ingresados) * 100	DTVC
3	Porcentaje del seguimiento a los planes de acción ingresados por los prestadores de servicios de salud.	Eficacia	100%	Porcentaje	Semestral	(Número de total de planes de acción en seguimiento/ Número total de planes de acción solicitados) * 100	DTVC

Fuente: ACCESS

Elaboración: Dirección Técnica de Vigilancia y Control



## 9.- Capítulo III: Gestión de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud

### Introducción:

La Gestión de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud del Modelo de Gestión del Sistema de la Calidad de la Atención y Prestación de los Servicios de Salud, se refiere a los planes nacionales, documentos normativos y técnicos, procedimientos, procesos, capacitaciones y herramientas técnicas, que permiten la mejora continua de la calidad en los servicios de salud del país.

### Objetivo:

Mejorar continuamente los procesos que permitan reforzar los conocimientos y medir el nivel de satisfacción de los clientes internos (personal de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada) y para los clientes externos (Prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud); y eliminar las ineficiencias en todos los procesos y componentes que forman parte del Modelo de Gestión del Sistema de la Calidad de la Atención y Prestación de los Servicios de Salud.

### Desarrollo:

**Plan Nacional de Capacitaciones sobre normativas técnicas.**

#### Capacitaciones Externas de Normativa Técnica

Las capacitaciones externas de normativa técnica, aplica para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en las 24 provincias del Ecuador, mismos que se han determinado tomando en cuenta la importancia de que los usuarios externos conocen la normativa técnica sanitaria, aportando así a la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

#### Metodología y Técnicas de capacitación, difusión y socialización:

- El equipo de la ACESS a nivel nacional, imparte 24 o más capacitaciones sobre normativas técnicas sanitarias por mes, a los prestadores de servicios de salud (Ej.: Establecimientos de salud, Gremios de Profesionales de la Salud, RPIS, Red Complementaria, etc.).

- Con el fin de evaluar la efectividad de la difusión y socialización externa de la normativa técnica, se utilizan instrumentos cuantitativos como el pre test y pos test, para conocer el impacto de la estrategia ejecutada.
- Adicional, con el fin de obtener una retroalimentación y mejorar los procesos de capacitación se aplica una encuesta para medir el nivel de satisfacción de los usuarios externos que recibieron la capacitación.

### Capacitaciones Internas de Normativa Técnica

Las capacitaciones internas de normativa técnica, están dirigidas para el personal que labora en la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los servicios de Salud y Medicina Prepagada, con la finalidad de garantizar que el equipo técnico se encuentre altamente capacitado.

### Metodología y Técnicas de capacitación, difusión y socialización:

- El equipo de la ACESS a nivel nacional, recibe una capacitación por semana, referente a normativa técnica, para lo cual se ha desarrollado una plataforma virtual de capacitaciones - MOODLE, en la que, cada participante cada semana puede visualizar un video explicativo con la presentación de la normativa, completar el pre test, post test y foro.
- Adicional, los días viernes de cada semana tienen una interacción con el instructor de cada módulo, con el fin de que se puedan despejar dudas de la capacitación impartida y se analicen casos prácticos presentados en cada provincia, sobre la aplicación de la normativa técnica sanitaria.
- Cada participante dispone de un usuario personal, con la finalidad de que pueda ver y descargar el material didáctico las veces que lo requiera.

### Plan Nacional medición de la satisfacción de la calidad en la atención en los servicios de salud.

La satisfacción del paciente es un indicador importante y comúnmente utilizado para medir la calidad de la atención sanitaria. Influye en los resultados clínicos, la retención de los pacientes y las reclamaciones por negligencia médica. Afecta a la prestación oportuna, eficiente y centrada en el paciente.

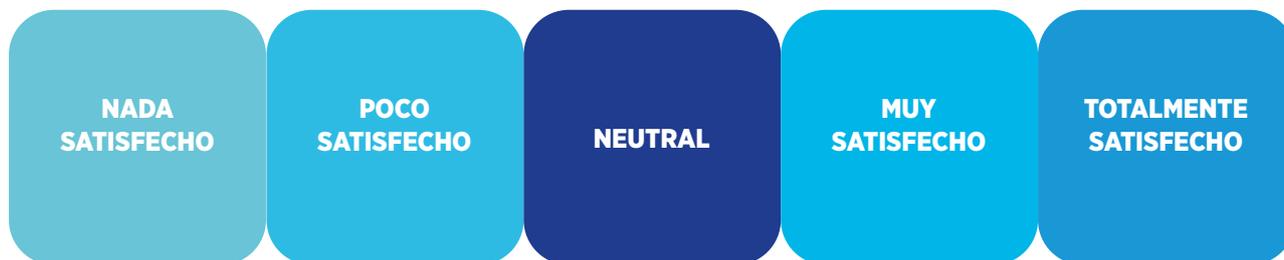
La satisfacción de los pacientes es, por tanto, un indicador indirecto pero muy eficaz para medir el éxito de los prestadores de servicios de salud. Los datos que se recolectan, a través de encuestas de satisfacción del paciente, pueden utilizarse para crear estrategias eficaces que den lugar a servicios de mayor calidad en el sector de la salud.

Esto hace posible que se obtenga de forma directa la percepción del paciente/usuario mayor a 18 años de edad, sobre la calidad en la atención en los servicios de salud de los establecimientos de la Red Pública Integral y la Red Privada Complementaria del Sistema Nacional de Salud; en este sentido en el Ecuador a partir del año 2023, se aplica al Paciente - Usuario/a una “Encuesta para medir la Satisfacción de la calidad en la atención en los servicios de salud”.



## Metodología de aplicación de la encuesta:

La encuesta cuenta con 10 preguntas, las mismas que son medidas con una escala de Likert:



Los criterios para medir el nivel de satisfacción de la calidad de la atención en los servicios de salud, son los siguientes:

1. Calidad de la atención.
2. Presentación del personal (Personal de contacto).
3. Prontitud en la atención (Personal de contacto).
4. Trato humano (Personal de contacto).
5. Destreza y habilidad para la solución del problema (Personal de contacto).
6. Comunicación con el paciente y su familia (Personal de contacto).
7. Presentación física de las instalaciones (Infraestructura).
8. Limpieza e higiene (Infraestructura).
9. Accesibilidad (Tecnología de contacto).
10. Nivel de Satisfacción y recomendación a otras personas del servicio de salud.

## Población de estudio:

La población de estudio es tomada del formulario de RAS, se levanta información sobre las principales consultas realizadas en los establecimientos de salud; estas pueden ser por morbilidad, prevención, estomatología y de emergencia.

Fuente: INEC - Boletín Técnico N°01-2022-RAS Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud – RAS 2019.

La fórmula de la muestra está determinada por:

$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$
$n = \frac{0,970225}{0,0004}$
$n = 2.426$ Número de encuestados aprox.

El tamaño de la muestra para la aplicación de las encuestas trimestral es de :

2.426

El usuario paciente puede acceder a la encuesta mediante:

- Página web institucional ([www.acess.gob.ec](http://www.acess.gob.ec))
- Código QR colocado en afiches ubicados en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Redes sociales de la ACESS (Facebook y Twitter)
- Cada mes se realiza el análisis de los datos producto de la encuesta y se confirma la veracidad de los mismos, mediante llamadas telefónicas.
- Cada trimestre se elabora un informe de resultados de la medición de satisfacción de la calidad en la atención en los servicios de salud.
- Toda vez que se tiene el informe trimestral de resultados se toman acciones y estrategias de mejora interna. Y con el informe semestral aprobado por la máxima autoridad de la ACESS, se remite dicho informe semestral a las autoridades de la RPIS y Red Privada Complementaria, para que sea de conocimiento y sobre todo que se tomen las acciones de mejora pertinentes en cada subsistema de salud.

### **Mejora:**

La ACESS socializa los resultados a las autoridades de la RPIS y Red Privada Complementaria, los mismos que deben tomar acciones implementando planes de mejora en cada uno de los establecimientos de salud, para llegar a un nivel de cumplimiento óptimo en el nivel de satisfacción del usuario/paciente. Estos planes de mejora deben ser remitidos a la ACESS para el seguimiento correspondiente y de esta forma poder asegurar la mejora continua en el Sistema Nacional de Salud.

### **Plan de incentivos:**

Los establecimientos de salud que obtienen entre el 90% y 94% , entre 95% y 97%, y entre 98% y 100% de satisfacción de la calidad en la atención en los servicios de salud, obtienen un certificado de reconocimiento por parte de la ACESS.

La entrega de estos certificados es realizada de forma digital, por si son varios establecimientos, y se publica en la página web y redes sociales de ACESS.

Las categorías son:

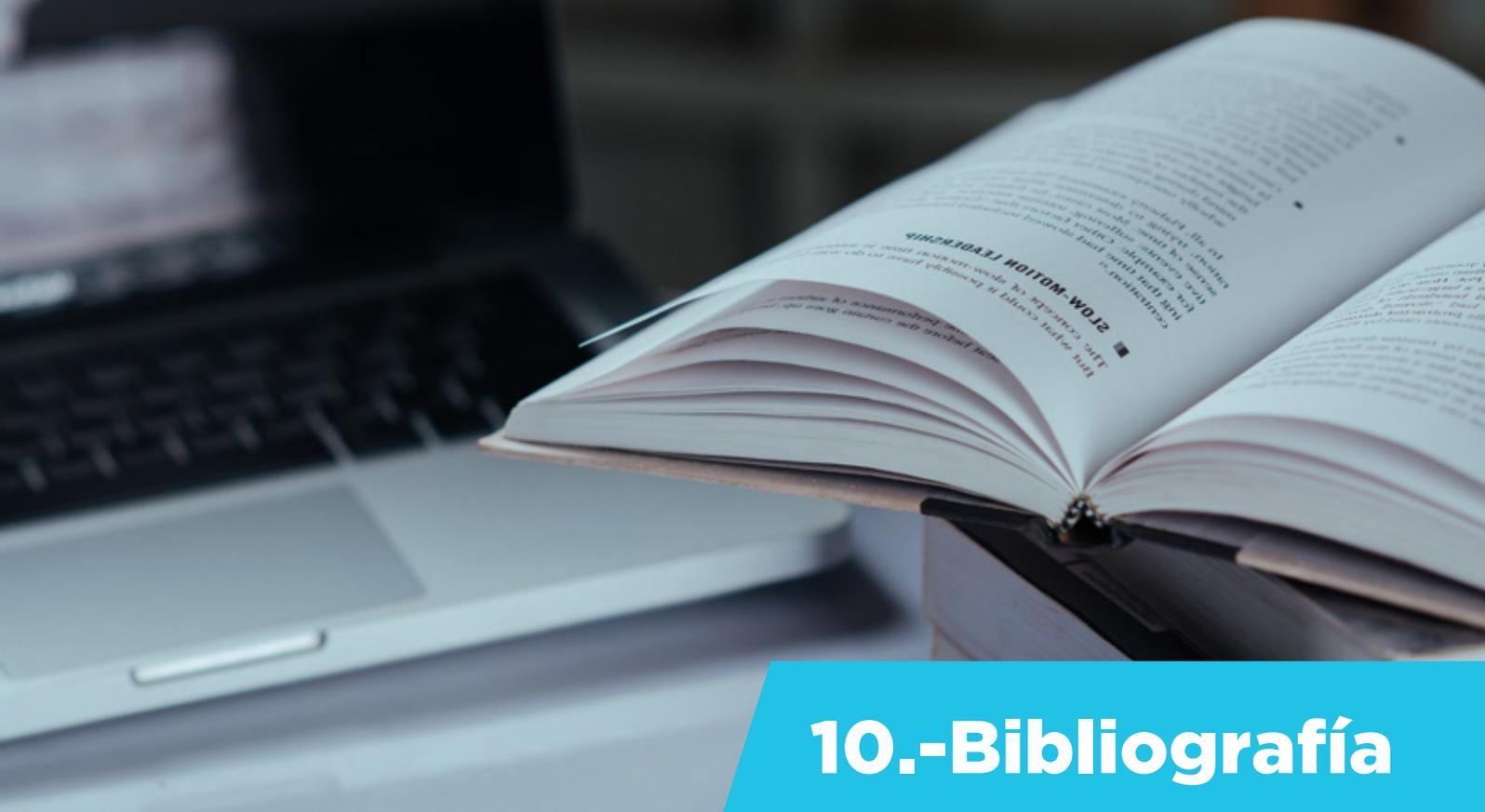
- 98% - 100% oro
- 95% - 97% plata
- 90% - 94% bronce

Estos certificados son renovados de forma anual, siempre y cuando el establecimiento de salud se mantenga dentro del ranking con mayores niveles de satisfacción de la calidad en la atención en los servicios de salud.

El objetivo de este plan de incentivos es que los establecimientos de salud se interesen porque sus pacientes – usuarios llenen la encuesta digital de satisfacción y por supuesto que la calidad de la atención en salud mejore en cada uno de ellos, ya que esto generará una competitividad sana entre los establecimientos de salud por ganar estos certificados de reconocimiento.

### **Documentos de referencia:**

- Plan Nacional de Capacitaciones internas sobre normativas técnicas – ACESS, 2023.
- Plan Nacional de Capacitaciones externas sobre normativas técnicas – ACESS, 2023.
- Plan Nacional de medición de la satisfacción de la calidad en la atención en los servicios de salud – ACESS, 2023.



## 10.-Bibliografía

Botero, C. A. (2008). Calidad en salud en Colombia. Los principios. Bogotá: Scripto Ltda.

Consejo de la Judicatura. (22 de 05 de 2015). Ley de Arbitraje y Mediación. Obtenido de Publicada con Registro Oficial 417 de 14-dic.-2006, última modificación 22-may.-2015: <https://www.funcionjudicial.gob.ec/pdf/Ley%20de%20Arbitraje%20y%20Mediaci%C3%B3n.pdf>

GARCIA RAMOS, J. M. (1989). Bases pedagógicas de la evaluación. Madrid: Síntesis.

ISO. (15 de 09 de 2015). Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario ISO 9001:2015. Obtenido de NORMA INTERNACIONAL: <https://www.iso.org/obp/ui/es/#iso:std:iso:9000:ed-4:vl:es-term:3.13.8>

ISO 9000. (2015). Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario. Madrid: AENOR.

ISO 9001. (2015). Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos. AENOR.

Ley Orgánica de Salud. (2006). Ley Orgánica de Salud. Quito: Registro Oficial.

Ley Orgánica de Salud. (18 de 12 de 2015). Obtenido de Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006, Última modificación: 18-dic.-2015: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG-C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

López, J. (2022). blog.edenred.e. Obtenido de blog.edenred.e: <https://blog.edenred.es/modelo-de-gestion-de-la-calidad-es-realmente-necesario/>

Ministerio de Salud Pública. (29 de 01 de 2015). Reglamento de Informacion Confidencial en el Sistema Nacional de Salud. Obtenido de Acuerdo Ministerial 5216, publicado en el Registro Oficial Suplemento 427 de 29-ene.-2015: <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205216.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (14 de 11 de 2016). Manual de Seguridad del Paciente - Usuario. (D. N. Dirección Nacional de Normatización, Ed.) Obtenido de Acuerdo Ministerial 00000115: <http://www.acess.gob.ec/normativa/>

Ministerio de Salud Pública. (13 de 11 de 2019). Notificación, auditoría de la calidad de la atención y planes de acción de casos de muerte materna. (Q. D. Normatización., Ed.) Obtenido de Acuerdo Ministerial 00068-2019: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC\\_00068\\_2019%20NOV%2013.PDF](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_00068_2019%20NOV%2013.PDF)

Ministerio de Salud Pública. (2021). Acuerdo Ministerial 030-2021. Normativa Técnica ESAMyN. Distrito Metropolitano de Quito.

Ministerio de Salud Pública. (21 de 12 de 2021). Manual Gestión de la Calidad de la Atención en los Establecimientos de Salud. Acuerdo Ministerial 00031-2021. Quito: Dirección Nacional de Normatización.

Ministerio de Salud Pública. (10 de 01 de 2021). Reglamento para el Manejo de la Historia Clínica Única. . Obtenido de Acuerdo Ministerial Nro. 00115 del 10 de enero del 2021.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). [minsalud.gov.co](https://www.minsalud.gov.co). Obtenido de [minsalud.gov.co](https://www.minsalud.gov.co): <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). [www.paho.org](http://www.paho.org). Obtenido de [www.paho.org](http://www.paho.org): <https://www.paho.org/es/eventos/mejorar-calidad-atencion-prestacion-servicios-salud>

Román, A. (2012). [www.medwave.cl/](http://www.medwave.cl/). Obtenido de [www.medwave.cl/](http://www.medwave.cl/): <https://www.medwave.cl/series/GES01/5329.html>

Salvador, J. C. (2022). [gestion-sanitaria](http://gestion-sanitaria.com). Obtenido de [gestion-sanitaria](http://gestion-sanitaria.com): <https://www.gestion-sanitaria.com/3-modelos-gestion.html>

SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (2022). [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl). Obtenido de [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl): <https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-propertyvalue-3416.html>

World Health Organization. (2018). WHO recommendations.Intrapartum care for a positive childbirth experience. Washington D.C.



@Acessecuador



@Acess\_EC

# Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS



República  
del Ecuador

  
**Gobierno  
del Ecuador**

**GUILLERMO LASSO  
PRESIDENTE**