



**Chile  
mejor**



# Observatorio de Calidad en Salud

## Guía Práctica

Calidad y Seguridad Asistencial  
en Chile para alumnos de  
carreras de la salud



Unidad de Asesoría Técnica  
Intendencia de Prestadores  
Febrero 2018

**Luego de leer esta Guía Práctica el alumno podrá:**

**Describir algunos contenidos relevantes en seguridad y calidad de la atención.**

**Identificar las generalidades del Sistema de Acreditación en Salud de nuestro país.**

#### **Contenidos desarrollados en esta Guía**

- **Definiciones y conceptos básicos en calidad y seguridad asistencial**
- **Magnitud de la problemática de la seguridad en salud**
- **Instituciones internacionales referentes, documentos y fuentes de información esenciales.**
- **Modelo de Acreditación en Salud en Chile: marco normativo, instituciones involucradas, características del proceso.**
- **Derechos y deberes del paciente: Ley 20.584 y rol de los alumnos de las carreras de salud.**

*Documento elaborado por Dra. Javiera Valdés P., E.U Leonardo Jiménez Q., E.U María Elena Álvarez y Catalina Mena A., interna de Medicina de la Universidad de los Andes. Colaboración de E.U Carmen Monsalve B.*

# 1. Definiciones y conceptos básicos en seguridad y calidad asistencial

Avedis Donabedian, médico libanes y una de las figuras referentes a nivel mundial en calidad y seguridad asistencial, definió en el año 1980 que (1):

“ **calidad en la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes**”.

Donabedian incorporó además tres pilares fundamentales que nos entregan distintas perspectivas para la medición y evaluación de la calidad: **la estructura, el proceso y los resultados**.

- **La estructura** se refiere a los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención. Los **indicadores de estructura** por tanto dan cuenta de la presencia o no de determinados recursos. **Ejemplos:** disponibilidad de Resonancia Nuclear Magnética las 24 horas, disponibilidad de neurocirujano 24 horas, médicos especialistas por población atendida, disponibilidad de pabellón quirúrgico de manera ininterrumpida, etc.
- **El proceso** incluye todo lo que el equipo de salud realiza por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también lo que los propios usuarios hacen por su autocuidado. Los **indicadores de proceso** evalúan el grado de adopción de determinadas prácticas relevantes para la calidad de la atención. **Ejemplos:** proporción de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cuentan con check list de cirugía segura, proporción de pacientes del programa de hipertensión arterial que se encuentran compensados, pacientes en riesgo de neumonía asociada a ventilación mecánica con aplicación de medidas preventivas .
- **Los resultados** constituyen los cambios en el estado de salud de los usuarios derivados del servicio otorgado. Incluyen además la satisfacción del usuario y del personal de salud. Los **indicadores de resultado**, evalúan el impacto en la salud de los usuarios de las prácticas implementadas. **Ejemplos:** tasa de mortalidad por complicación quirúrgica, incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica, mortalidad en pacientes hipertensos compensados.

A la definición de calidad en salud entregada por Donabedian se han sumado otras definiciones que nos parecen relevantes por ser complementarias. La International Organization for Standardization (ISO) se refiere a la calidad como **"el grado en que las características de un producto o servicio cumplen con los objetivos para los que fue creado"** y la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que **"una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite"**.(2).

La calidad en salud es medible y por tanto evaluable, desde esta perspectiva en todo análisis que involucre actividades de calidad asistencial es importante considerar que existen distintos atributos o dimensiones de ella que en su conjunto nos darán un enfoque sistémico, estas dimensiones son (1,3):

**Efectividad**, se refiere a la capacidad real de un procedimiento o tratamiento de lograr los objetivos propuestos.

**Eficiencia**, es la máxima prestación de cuidados por recurso utilizado.

**Accesibilidad** o facilidad para obtener atención de salud a pesar de barreras económicas, geográficas, culturales, etc.

**Continuidad**, es decir que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada en y entre distintos proveedores e instituciones.

**Oportunidad** o entrega de servicios en el momento en el usuario efectivamente lo requiera o necesite.

**Aceptabilidad** o **Satisfacción Usuaría**, tal como su nombre lo indica, se refiere al grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.

**Equidad**, es la distribución justa de las atenciones sanitarias, por ejemplo a igual patología igual acceso a tecnologías o competencias profesionales de manera independiente de otros determinantes (sociales, geográficos, económicos).

**Seguridad**, involucra la reducción del riesgo de daño asociado a la atención sanitaria, hasta un mínimo aceptable.

**Competencia Profesional**, es la capacidad de los miembros del equipo de salud para solucionar problemas de salud y satisfacer las necesidades de sus usuarios.

La evaluación de las dimensiones de la calidad a través de indicadores, ya sean de estructura, proceso o resultado nos da la oportunidad de obtener una visión de lo que sucede con la calidad de las atenciones en una institución y plantear acciones de mejora en aquellos puntos que lo requieran, pues de nada sirve evaluar si no se implementarán acciones respecto al análisis de dicha evaluación. Lo anterior constituye un principio fundamental de la gestión de calidad, desarrollándose un ciclo en que se describen secuencialmente las acciones de **planificar, realizar, evaluar y actuar**, conocido como el **ciclo de la mejora continua en calidad**.

Si bien todas las dimensiones de la calidad son relevantes, en los últimos años la **seguridad** ha concentrado gran atención, producto del gran impacto que tiene en el estado de salud de los usuarios los eventos relacionados a ella y la necesidad de los sistemas de salud de proveer atenciones más seguras identificando eventos con efectos negativos para los usuarios, que pueden ser prevenibles.

**La seguridad de la atención del paciente**, puede definirse como; *"el proceso que implica, que tanto el prestador como el usuario conozcan los riesgos de los eventos adversos, se eliminen los innecesarios y que los que puedan prevenirse, se prevengan en base a evidencia científica demostrada"*. (Ministerio de Salud de Chile, 2012) (4)

Un **evento adverso**, es una *"situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad"*. (5-6)

Un **evento centinela**, es un *"evento adverso grave, que produce seria incapacidad, secuelas físicas y/o psicológicas al paciente, incluso su muerte"* (5-6)

Si contextualizamos estas definiciones, a modo de ejemplo un **evento adverso** podría ser la descompensación de un paciente hospitalizado al cual se administra equivocadamente una dosis de determinado medicamento endovenoso generando una reacción alérgica (rush cutáneo, dificultad respiratoria) que requiere de una prolongación en su hospitalización dado el requerimiento de nuevas medidas terapéuticas.

En el caso de un **evento centinela**, es un evento adverso con un impacto severo en el paciente, por ejemplo, un paciente adulto mayor, que, encontrándose solo, cae desde la camilla del Servicio de Urgencias donde esperaba atención, fracturándose una cadera, requiriendo hospitalización y cirugía.

Como vemos, en la clasificación de estos eventos es fundamental considerar el **impacto o repercusión del suceso en la salud del paciente**.

## **2. ¿Por qué es relevante la seguridad del paciente? : Magnitud del problema de la seguridad en salud**

La principal responsabilidad de quienes proveen atenciones en salud, ya sea individuos o instituciones es "No dañar" y hacer lo necesario para resguardar que los beneficios de una determinada intervención en salud, superen a sus riesgos. Sin embargo el daño generado por la misma atención en salud nos ha acompañado a través de la historia. En el siglo XIX, los Hospitales eran descritos como "lugares peligrosos", encontrándose los enfermos más seguros en sus casas que ingresados. Progresivamente, el avance de la ciencia y la tecnología empodera a la Medicina, asumiendo, tanto usuarios como profesionales, que todo cuidado médico o en salud es por definición seguro. En este paradigma, los resultados adversos e indeseados son producto de complicaciones no prevenibles, determinadas por la condición y comorbilidad del paciente y el generar daño se considera un hecho aislado, casi anecdótico.

El cambio de paradigma en los modelos de atención en salud ha venido gestándose de manera reciente (décadas 80-90). En 1999, surge el primer informe, rotundo y contundente respecto a sus datos, el cual sentó los precedentes de una nueva visión hacia la atención de nuestros usuarios. El Instituto de Medicina de Estados Unidos, difunde el documento "Error es Humano"(7). El resumen ejecutivo de dicho informe comienza citando casos reales de reciente ocurrencia en Estados Unidos y que habían concitado la atención de la opinión pública. Con nombre y apellido se identificaba a pacientes que ingresando a Hospitales en búsqueda de soluciones a sus patologías habían sido víctimas de eventos adversos graves. Se cita el caso de una paciente fallecida como consecuencia directa de una sobredosis de quimioterapia, un paciente que sufrió la amputación de la pierna equivocada y un niño de 8 años que murió durante un procedimiento supuestamente exento de riesgos importantes (una cirugía menor) debido a una mezcla inadecuada de fármacos.

El informe identifica dichos casos sólo como la punta del iceberg, pues por cada caso que se reporta y se hace público, probablemente existían numerosos eventos que, o pasaban desapercibidos, o aun generando daño al paciente se consideraban como sucesos fortuitos y no como sucesos prevenibles.

La atención insegura y el daño al paciente comienza a visualizarse luego de este informe como la consecuencia de múltiple fallas en la manera que los sistemas de salud se encontraban organizados y coordinados, más que exclusivamente una falla humana o individual. La visión sistémica de la ocurrencia de eventos adversos en salud constituye un enfoque fundamental para la implementación de prácticas seguras.

Los primeros estudios que describían la epidemiología de los eventos adversos y que de alguna manera motivaron el informe de "Errar es humano", revelaron una frecuencia de ocurrencia de eventos adversos de entre **2.9 a 3.7% de las hospitalizaciones**, generando entre **6 a 13% de dichos casos, la muerte del paciente**. Al extrapolar dicha prevalencia a los 33.6 millones de admisiones o ingresos hospitalarios en Estados Unidos en 1993, se podía afirmar que al menos **44.000 personas fallecían cada año como consecuencia directa de eventos adversos** en la atención en salud, llegando a cifras incluso de 98.000 personas/año, situando a la atención en salud como causa de muerte por sobre los accidentes de tránsito, el cáncer de mama o el SIDA.

Junto a la incapacidad y daño que puede generar un evento adverso en el paciente y su familia, la dimensión económica agrega relevancia a esta problemática, considerando que los recursos en salud son siempre limitados y que los costos estimados relacionados con los eventos adversos daban cuenta de entre USD \$17 a \$19 billones.

Recientemente la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (**OCDE**), en su informe "**La Economía de la Seguridad del Paciente**" señala que un **15% de los gastos hospitalarios de los países OCDE pueden ser atribuibles al manejo y tratamiento de fallas de seguridad**, agregándose trillones de dólares si se considera el costo por pérdida de productividad y discapacidad de las personas afectadas. El costo anual de los eventos adversos en Inglaterra se corresponde por ejemplo con el gasto que implica contar con 2000 médicos generales o 3500 enfermeras en hospitales.

El daño al paciente **se estima en la actualidad como la causa de muerte N°14 a nivel mundial**, comparable en carga de enfermedad con patologías como la tuberculosis, malaria, esclerosis múltiple y algunos tipos de cáncer.

Lo fundamental, es que podemos implementar acciones al respecto. Se han identificado los eventos adversos más frecuentes y todos ellos son prevenibles desde la óptica de una organización que funciona con una cultura de seguridad: infecciones asociadas a la atención en salud, enfermedad tromboembólica, úlceras por presión, errores relacionados con la medicación y retraso o error diagnóstico.

En Chile, no contamos en la actualidad con estudios que revelen la frecuencia de ocurrencia de estos eventos, hay algunas investigaciones que se circunscriben a determinados Servicios Clínicos. Sin embargo, a modo de ejemplo, en Inglaterra un importante estudio prospectivo realizado en la atención primaria, reveló que ocurrían al menos de 8 eventos por cada 10.000 consultas (8). Si consideramos que para el 2013, según datos del Ministerio de Salud se realizaron un total de 15.293.792 de consultas de atención primaria a nivel nacional (9), en Chile esta incidencia en términos de números absolutos reflejaría la ocurrencia de **122.350 eventos adversos** en la atención primaria en dicho año.

Finalmente, el camino de nuestro país al apostar por mejorar las condiciones de seguridad de la atención en salud ha ido en línea con lo recomendado por el Informe "Errar es Humano" y que ha sido reafirmado por numerosos organismos internacionales, entre ellos la OCDE, ha consistido en levantar **Estándares para la mejora en seguridad, constituyendo la Acreditación una política de salud pública.**



### 3. Chile y la Seguridad del Paciente

El Sistema de Salud chileno, se ha destacado por proveer con recursos bastante limitados una de las mejores asistencias sanitarias de las economías emergentes, particularmente a nivel latinoamericano. Esto se ve reflejado en nuestros indicadores de expectativa de vida, morbilidad materna e infantil, entre otros. Progresivamente a los avances en cobertura e indicadores epidemiológicos se ha incorporado el concepto de calidad en la atención, particularmente gracias a la última reforma de salud, la cual dentro de otros hitos fundamentales estableció en el año 2004, la Ley N°19.966, del **Régimen de Garantías Explícitas en Salud**.

Las Garantías Explícitas en Salud deben ser provistas tanto por el **FONASA** como las **ISAPRES** para todos los asegurados que tengan un problema de salud de los incluidos en el Decreto GES vigente (al 2018 son 80 los problemas de salud garantizados) (10).



**Acceso:** FONASA o las Isapres deben resguardar que **TODOS** los usuarios tengan acceso a las prestaciones GES.



**Calidad:** Las atenciones incluidas en el GES deben ser otorgadas por profesionales de salud registrados ante la Superintendencia de Salud y por instituciones acreditadas.



**Oportunidad:** Se garantiza el cumplimiento de determinados plazos tanto para el diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de las patologías GES.



**Protección financiera:** Existe un límite de pago de las prestaciones, de manera de resguardar que el usuario no deba realizar gastos mayores.

El conjunto de enfermedades, condiciones de salud o patologías GES, han sido seleccionadas considerando su frecuencia e impacto en nuestra población (carga de enfermedad).

El que se establezca por Ley una garantía de calidad para determinadas prestaciones de salud, que obliga a las instituciones a acreditarse, es una iniciativa pionera en Latinoamérica en el ámbito de la seguridad y calidad asistencial.

Otro hito relevante en esta materia, es la promulgación en el año 2012, de **la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.** Esta Ley es el marco normativo para numerosos reglamentos que incluyen el manejo de la información de las Fichas Clínicas, la vigilancia de eventos adversos en salud y el respeto a la autonomía del paciente, así como evaluación de procedimientos críticos para la seguridad de la atención.

El **Sistema Nacional de Acreditación en Salud** surge en el año 2007 como una política pública orientada a resguardar la calidad de las atenciones en salud, contribuyendo así a concretar la Garantía de Calidad GES. En el proceso de acreditación de un centro se evalúa el cumplimiento de una serie de requisitos relevantes para la seguridad de las atenciones, los que se encuentran en los diversos "Estándares de Acreditación" que han sido fijados por el MINSAL. La evaluación es llevada a cabo por una Entidad Acreditadora, organización que puede provenir del ámbito público o privado. **La acreditación tiene una vigencia de tres años, por lo que el proceso debe repetirse luego de ese período.** Para realizar su proceso de acreditación, el prestador institucional debe realizar una **solicitud formal a la Superintendencia de Salud, pagar un arancel a la Entidad Acreditadora, el cual difiere según el tipo y complejidad de los establecimientos y ser evaluado en terreno por la Entidad Acreditadora** que ha sido designada al azar para tal efecto. Si el prestador logra su acreditación, la Superintendencia de Salud lo integrará al Registro Público de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados y programará en un tiempo determinado una visita de fiscalización, la cual tiene por objetivo verificar que la institución sigue cumpliendo con las exigencias por las cuáles se le otorgó la acreditación.

La garantía de calidad, exige en una primera fase de entrada en vigencia (julio 2013), que los profesionales de salud que otorguen alguna de las prestaciones incluidas en el GES, deben encontrarse inscritos en el **Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud.** Este Registro al año 2018, cuenta con más de 500.000

profesionales inscritos, otorgando fe pública de la habilitación legal de los profesionales, es decir, si un médico se encuentra inscrito en el Registro, es porque efectivamente cuenta con un título de profesional válido para ejercer la Medicina en nuestro país. Lo mismo sucede si figura con una especialidad, ya que solo puede ser ingresada al Registro si ésta se encuentra certificada.

En una segunda fase de entrada en vigencia, se hace exigible la garantía de calidad a los prestadores institucionales de salud, es decir estos deben encontrarse acreditados ante la Superintendencia de Salud en caso de otorgar prestaciones GES. La entrada en vigencia de esta exigencia es progresiva, siendo los

**Prestadores Institucionales de Salud de Atención Cerrada de Alta Complejidad** (Hospitales y Clínicas que cuentan con Unidades de Pacientes Críticos u otorgan atenciones quirúrgicas complejas), lo

primeros que debían cumplir con esta garantía a julio de 2016.

Las fechas de entrada en vigencia para otros prestadores institucionales o en otras palabras, desde cuándo DEBEN encontrarse acreditados para otorgar prestaciones GES son:

**2018:** Prestadores atención cerrada mediana complejidad, atención abierta alta complejidad y centros de diálisis.

**2019:** Prestadores atención cerrada de baja complejidad, atención abierta mediana complejidad, laboratorios clínicos y servicios de imagenología de alta complejidad.

## 4. El Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud de Atención Cerrada

Un **estándar** es una declaración explícita, formal y consensuada que establece el nivel de calidad óptimo que el medio en el que se desarrolla la actividad permite.

Ejemplos:

- "Todos los profesionales que se desempeñan en la institución deben encontrarse registrados en la Superintendencia de Salud"
- "Existe una política de investigación en seres humanos conocida por todos los profesionales de la institución"
- "Se categoriza a todos los pacientes que acuden a Urgencias según su riesgo clínico"
- "Al menos el 80% de los pacientes reciben tratamiento según protocolo"

Los Estándares de Calidad del modelo chileno se organizan en "**Ámbitos**", los cuáles definen la intención de determinadas políticas institucionales en relación a la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Cada Ámbito a su vez va desagregándose hasta llegar a requisitos más específicos que son las "**Características**". Estas son las exigencias verificables por la Entidad Acreditadora en terreno. Algunas de estas características son de obligatorio cumplimiento para lograr el estado de acreditado. Por ejemplo, el Estándar para Prestadores de Atención Cerrada consta de **106 características**, de las cuales **30** son obligatorias para los prestadores de alta u mediana complejidad.

A continuación se describen dichas características obligatorias (11).

## Ámbito 1: Respeto a la Dignidad del Paciente

Sigla de Característica	Exigencia de la característica
<b>DP 1.1</b>	Que la Institución cuente con la respectiva <b>Carta de Derechos y Deberes en Salud</b> , idealmente en su entrada principal o un lugar que asegure su visibilidad para todo quien ingresa al Centro.
<b>DP 1.2</b>	Que exista un Sistema de <b>Gestión de Reclamos</b> de fácil acceso para los usuarios y una evaluación de la percepción de los pacientes respecto del respeto a sus derechos.
<b>DP 2.1</b>	Que en la Institución se obtenga y registre el <b>consentimiento informado</b> del paciente previo a procedimientos de alto riesgo.
<b>DP 3.1</b>	Toda investigación realizada por la Institución en seres humanos debe contar con la aprobación de un <b>Comité Ético-Científico</b> . Los profesionales médicos deben estar al tanto de esta obligación.
<b>DP 4.1</b>	Debe existir un <b>Comité de Ética Asistencial</b> a quien el personal pueda acudir en determinados casos de resolución ética; por ejemplo, en caso de duda de la competencia del paciente para tomar una decisión autónoma. Los profesionales médicos deben estar al tanto de este procedimiento.

## Ámbito 2: Gestión de la Calidad

<b>CAL 1.1</b>	Todo Centro debe establecer su <b>política</b> de calidad y con ello un equipo <b>responsable de liderar las acciones de mejora continua</b> .
<b>CAL 1.2</b>	Cada Servicio Clínico y de Apoyo, debe tener sus propias <b>metas</b> de calidad y un equipo <b>responsable</b> de ellas.

### Ámbito 3: Gestión Clínica

<b>GCL 1.1</b>	Se exige la realización y registro de la <b>evaluación pre-anestésica</b> a todo paciente que sea intervenido quirúrgicamente con anestesia general o regional.
<b>GCL 1.2</b>	Los profesionales de <b>enfermería deben protocolizar sus procedimientos</b> y evaluar el cumplimiento de dichos protocolos, por ejemplo: procedimiento de instalación de vías venosas, manejo de tubo endotraqueal, instalación de catéter urinario.
<b>GCL 1.3</b>	Debe existir un programa de <b>evaluación y manejo del dolor agudo</b> en pacientes post operados.
<b>GCL 1.4</b>	Se exige un <b>procedimiento de reanimación cardiopulmonar</b> avanzada, así como la designación de los responsables de su aplicación.
<b>GCL 1.5</b>	Las Unidades de Pacientes Críticos deben definir los <b>criterios de ingreso y egreso de pacientes</b> , haciendo la distinción entre Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio.
<b>GCL 1.6</b>	Se exige que los <b>criterios clínicos para la indicación de cesárea</b> se encuentren establecidos.
<b>GCL 1.7</b>	Deben definirse los <b>criterios de indicación médica de transfusión</b> de hemocomponentes.
<b>GCL 1.8</b>	Debe existir un <b>Comité Oncológico Médico</b> , ya sea del Centro o uno al que el centro pueda acceder.
<b>GCL 1.</b>	Se exige un procedimiento establecido para prevenir eventos adversos asociados a la <b>contención física de pacientes con agitación psicomotora</b> .
<b>GCL 1.9</b>	10. El Centro debe establecer los <b>criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento suicidio</b> .
<b>GCL 1.11</b>	Debe existir un sistema estandarizado de <b>registro, rotulación, traslado y recepción de todas las biopsias</b> , que permita constatar trazabilidad (es decir un histórico del trayecto, desde la obtención hasta la entrega del informe).
<b>GCL 1.12</b>	Debe <b>identificarse a los pacientes</b> adecuadamente, siendo dicha identificación obligatoria para recién nacidos, pacientes pediátricos, pacientes con compromiso de conciencia y pacientes que ingresan a pabellón.

<b>GCL 1.13</b>	Se exige un protocolo para el manejo del <b>tratamiento con anticoagulantes orales</b> .
<b>GCL 2.1</b>	El Centro debe establecer medidas preventivas para los <b>eventos adversos quirúrgicos</b> , como por ejemplo la aplicación de un check list de cirugía segura.
<b>GCL 2.2</b>	Se exigen medidas de prevención de <b>caídas de pacientes, úlceras por presión y errores de medicación</b> .
<b>GCL 2.3</b>	Debe existir un <b>sistema de vigilancia de eventos adversos y eventos centinela</b> , que incluya un sistema de reporte. El Centro debe realizar un análisis de cada evento centinela que se haya presentado.
<b>GCL 3.1</b>	Se exige la implementación de <b>medidas de prevención de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)</b> , así como su vigilancia según la normativa vigente establecida por el MINSAL

#### **Ámbito 4: Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención**

<b>AOC 1.1</b>	Debe establecerse un procedimiento de <b>atención inmediata a las personas en situación de emergencia con riesgo vital</b> dentro de la institución, el cual debe ser conocido por todo el personal.
<b>AOC 1.2</b>	En el Servicio de Urgencia debe existir una <b>categorización</b> , que contemple la gravedad y factores de riesgo del paciente para priorizar la atención.
<b>AOC 1.3</b>	Se exige que cada institución defina cuales son los <b>resultados críticos o situaciones de riesgo</b> detectadas a través de pruebas diagnósticas (Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología), que deben ser notificados oportunamente al profesional de salud responsable del cuidado del paciente o eventualmente al paciente o su representante.
<b>AOC 2.1</b>	Debe existir un protocolo de <b>derivación</b> para los pacientes que excedan la capacidad de resolución del Centro.
<b>AOC 2.2</b>	Se exige un <b>sistema de entrega de turnos</b> establecido por cada Unidad Clínica y para todos los miembros del equipo de salud.

## Ámbito 5: Competencias del Recurso Humano

RH 1.1 RH 1.2	Todos los <b>profesionales y técnicos de salud</b> , en funciones transitorias o permanentes, <b>deben estar habilitados</b> legalmente para ejercer sus funciones.
RH 2.1 RH 2.2	El Centro debe contar con un <b>Programa de Inducción y de Orientación</b> para el personal nuevo que ingresa. Este Programa debe enfocarse en temas relevantes para la seguridad del paciente.
RH 3.1	Se exige <b>capacitación en reanimación cardiopulmonar y prevención de IAAS</b> para todo el personal que participa en atención directa de pacientes.
RH 4.1 RH 4.2	Debe establecerse un <b>Programa de Salud Laboral</b> con el fin de proteger al personal de riesgos a exposiciones, así como los procedimientos a seguir en caso de accidentes con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.
RH 4.3	Se exige que se <b>vacune</b> al personal, al menos contra <b>Hepatitis B.</b>

## Ámbito 6: Registros

REG 1.1	Se exige que el Centro cuente con una <b>Ficha Clínica única e individual para cada paciente.</b>
REG 1.3	Todo paciente debe <b>recibir por parte del Centro</b> un documento escrito en que se detalle: el diagnóstico, procedimientos realizados e indicaciones de seguimiento.
REG 1.4	Se exige al Centro asegurar la <b>integridad y confidencialidad</b> de sus registros.



## Ámbito 7: Seguridad del Equipamiento

<b>EQ 1.1</b>	Se exige un procedimiento establecido para la <b>adquisición de equipamientos clínicos</b> , que considere la participación del personal técnico como de los profesionales que utilizan dichos equipos.
<b>EQ 2.1</b> <b>EQ 2.2</b>	El Centro debe contar con un <b>Programa de Mantenimiento Preventivo</b> para todos los equipos críticos y relevantes para la seguridad de los pacientes, por ejemplo: desfibriladores, equipos de ventilación mecánica, etc.
<b>EQ 3.1</b>	Se exige establecer <b>quienes son los autorizados a utilizar los equipos</b> relevantes, de acuerdo a un perfil técnico o profesional.

## Ámbito 8: Seguridad de las instalaciones

<b>INS 1.1</b>	Debe existir un <b>Plan de Prevención de Incendios</b> .
<b>INS 2.1</b>	Se exige un <b>Plan de Evacuación</b> en caso de incendio, sismo o inundación.
<b>INS 3.1</b>	Debe existir un <b>Programa de Mantenimiento Preventivo para las instalaciones</b> , como por ejemplo para ascensores, calderas, techumbre, climatización, entre otros.
<b>INS 3.2</b>	El Centro debe contar con un <b>plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable</b>

## 5. Alumnos de las carreras de la salud y Acreditación

Algunos Estándares de Calidad hacen alusión directa a los alumnos de pregrado de las carreras de la salud, entre ellos los alumnos de Medicina. Estas exigencias tienen relación con:

**Toda actividad de docencia clínico-asistencial de pregrado debe estar regulada por un convenio. La actividad asistencial del Centro siempre preceder a la docente.**

**Las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pregrado deben estar definidos por nivel de formación. La institución debe establecer cómo va a supervisar a estos alumnos, independiente de las evaluaciones académicas o supervisiones clínicas por parte del centro formador.**

**Con respecto a las competencias del recurso humano, al igual que para todo el personal de salud, los alumnos deben contar con un Programa de Inducción y Orientación, que enfatice temas relacionados con la seguridad de los pacientes.**

***Es importante señalar que los alumnos de pregrado quedan excluidos de las entrevistas que puede realizar la Entidad Acreditadora durante un proceso de acreditación.***

## 6. Ley 20.584, sobre derechos y deberes que tienen los pacientes en relación a la atención de salud y los alumnos de las carreras de la salud

El alumno es un miembro más del equipo de salud, participa activamente en el proceso asistencial y aunque no cuente con el título profesional, es responsable de resguardar los derechos del paciente y su familia, como también promover su respeto. Es por esto que, resulta fundamental que cada alumno conozca la Ley N°20.584 (12) y algunos de sus alcances más relevantes, particularmente cuando los alumnos se desempeñan en los distintos prestadores de salud durante su período formativo.

En relación a la **identificación del personal**; cada alumno debe portar una identificación visible que incluya su nombre y señale su condición de alumno.

El alumno, como cualquier otro miembro del equipo de salud tiene la obligación de proveer un **trato digno al paciente y su familia**; adoptando una actitud gentil, llana a las consultas, resguardando la intimidad y privacidad del paciente. Esto por ejemplo se ve reflejado en la utilización de un lenguaje adecuado, sin extrema formalidad pero tampoco con excesiva confianza, llamando al paciente por su nombre, no utilizando apelativos y consultando por su consentimiento en caso de requerir fotografías o grabaciones. Es difícil definir que implica un trato digno al paciente, esta es una percepción subjetiva de cada usuario del sistema de salud, sin embargo la dignidad en las atenciones apunta a un ejercicio de empatía por parte de los miembros del equipo de salud, que implica ponerse en el lugar del usuario y proveer un trato tal y cual como nos gustaría que nosotros fuésemos tratados en una condición de vulnerabilidad como lo es la enfermedad.

En relación a los registros clínicos, particularmente la **Ficha Clínica**; es importante enfatizar que el responsable de la atención es el médico tratante, por lo tanto cada atención registrada en la Ficha Clínica debe contar con su identificación y firma. Constituye una práctica habitual en nuestro país, que los alumnos de las carreras de la salud, particularmente internos(as) registren en la Ficha Clínica, en este sentido dicho registro siempre debe quedar consignado con la identificación y firma del docente que realiza las labores de supervisión o del docente a cargo del paciente, pues desde la perspectiva legal la responsabilidad de dicha prestación corresponde a ese profesional.

Los alumnos deben estar en conocimiento de que toda **investigación científica en seres humanos que se realice en la institución** debe encontrarse aprobada por el Director del establecimiento y un **Comité Ético Científico**, de acuerdo a la normativa vigente.

Constituye un derecho de todos los usuarios ser informados respecto al **carácter docente asistencial del Centro**, y debe respetarse el derecho del paciente a negarse a que alumnos participen directamente en su atención.

La seguridad en salud implica adoptar cambios en prácticas ya instauradas que necesitan mejora, sistematización y estandarización, así como la protocolización de criterios clínicos. Todos estos procesos habitualmente encuentran resistencias naturales por parte del equipo de salud, quienes en un principio visualizan estos desafíos como una mayor carga de trabajo sin grandes retribuciones. En este escenario, **los alumnos de las carreras de la salud pueden constituirse en un excelente agente promotor del cambio y de prácticas seguras**. Todo alumno que haya sido formado durante la etapa de pre-grado en el ámbito de calidad y seguridad, será un profesional más comprometido con dichos temas, contribuyendo al desarrollo de efectivas culturas de seguridad en las instituciones donde se desempeñe.

El mensaje para todos los alumnos de las carreras de la salud es que se hagan parte de esta co-responsabilidad, incorporando en su diario actuar una cultura de seguridad. El ser testigos de un evento adverso, conlleva la responsabilidad de informarlo, sin dejar de lado la visión constructiva y de aprendizaje continuo respecto a las situaciones que propiciaron dicho evento adverso. **Recordemos que la atención sanitaria tiene como fin último el bienestar del paciente, lo que significa no solo la resolución de problemas médicos puntuales, sino que también resguardar la salud de nuestros pacientes a través de la prevención, aplicando el principio fundamental de “No dañar”**.

---

*Te invitamos a visitar el sitio web del Observatorio de  
Calidad en Salud de la Superintendencia de Salud*

***[www.supersalud.gob.cl/observatorio](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio)***

---

## Referencias

1. Ayanian J , Markel H, . Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *N Engl J Med* 2016; 375:205-207.
2. WHO working group. The principles of quality assurance. *Qual Assur Health Care* 1989; 1: 79-95.
3. Net A, Suñol, R. La Calidad de la Atención. Disponible en: [www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf).
4. Ministerio de Salud. Resolución Exenta N°1031. Norma N°1: Establece Protocolos y Normas sobre Seguridad del paciente y Calidad de la Atención para ser aplicados por los Prestadores Institucionales Públicos y Privados. 2012 Disponible en: [www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-928\\_recurso\\_2.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-928_recurso_2.pdf)
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. 2009. 2009. Disponible en: [www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
6. Ministerio de Sanidad y Consumo España. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe febrero 2006. Disponible en: [www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf)
7. Kohn, L. T. Donaldson, M. S. & Corrigan, J. M (Eds.). *To err is human: building a safer health system*. National Academies Press; 2000. Disponible en: [www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-460\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-460_recurso_1.pdf)
8. Tsang, Carmen et al. "Adverse Events Recorded in English Primary Care: Observational Study Using the General Practice Research Database." *The British Journal of General Practice* 63.613.2013.
9. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Indicadores Básicos de Salud Chile 2013. Disponible en: [www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/IBS-2013.pdf](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/IBS-2013.pdf)

10. Ministerio de Salud. Decreto N°3 que Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. 2016. Disponible en: [www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-13722\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-13722_recurso_1.pdf)

11. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores en Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales Atención Cerrada. 2009. Disponible en: [www.supersalud.gob.cl/portal/articles-4530\\_Manual\\_AC\\_pdf.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf)

12. Ministerio de Salud. Ley 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012. Disponible en: [www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-7564\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-7564_recurso_1.pdf)

# Algunas recomendaciones finales...

