

Guía Práctica Calidad y Seguridad Asistencial en Chile para Alumnos de Carreras de la Salud.

Observatorio de Calidad en Salud.

Intendencia de Prestadores
Febrero 2018 – Modificada en mayo de 2025

Documento elaborado por interna de Medicina de la Universidad de los Andes.
Reeditado por Equipo de la Unidad de Gestión en Acreditación.



Índice

Contenido

Índice	2
1) Objetivos de la Guía	3
2) Contenidos desarrollados en esta Guía	3
3) Definiciones y conceptos básicos en seguridad y calidad asistencial.....	3
4) ¿Por qué es relevante la seguridad del paciente?.....	6
5) Chile y la Seguridad del Paciente.....	10
6) Estructura de un Estándar General de Acreditación.....	13
7) Alumnos de las carreras de la salud, Acreditación y 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.	17
8) Referencias	21



1) Luego de leer esta Guía Práctica el alumno podrá cumplir con los siguientes objetivos:

1. Conocer algunos contenidos relevantes en seguridad y calidad de la atención.
2. Conocer las generalidades del Sistema de Acreditación en Salud de nuestro país.

2) 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 20.584/2012/Minsal (1) y rol de los alumnos de las carreras de salud.

3) Definiciones y conceptos básicos en seguridad y calidad asistencial.

El concepto de calidad en la atención tiene múltiples definiciones y una de ellas, es la que acuñó Avedis Donabedian, médico libanés y una de las figuras referentes a nivel mundial en calidad y seguridad asistencial, definió en el año 1980 que (2):

“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"**.(3).

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 (2- 4):

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

Eficiencia, Es lograr los objetivos propuestos con los recursos existentes.

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.

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



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, de manera independiente de otros determinantes (sociales, geográficos, económicos).

Competencia Profesional, se refiere a la capacidad técnica y formación del personal sanitario.

Atención centrada en la persona, enfoque de calidad adaptado a las necesidades y preferencias individuales de cada paciente, promoviendo una atención más humana, efectiva y segura.



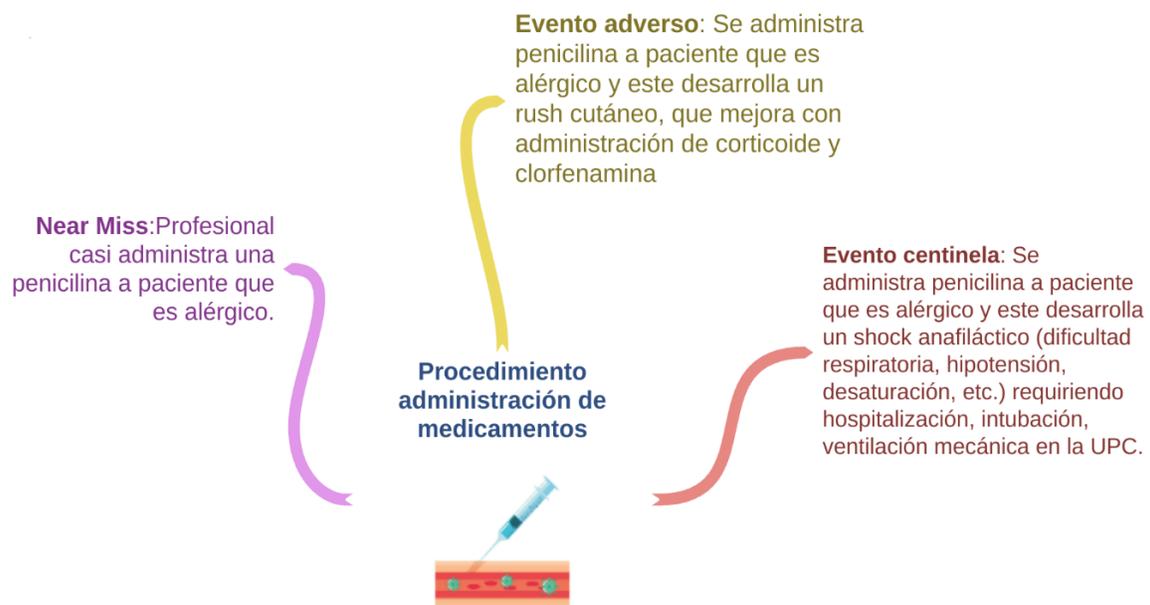
La evaluación de las dimensiones de la calidad a través de indicadores, ya sean de estructura, proceso o resultado nos da la oportunidad de obtener una visión de lo que sucede con la calidad de las atenciones en una institución y plantear acciones de mejora en aquellos puntos que lo requieran, pues de 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 (2)**.

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) (5)

- 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"*. (6-7)
- Un **evento centinela**, es un *"evento adverso grave, que produce seria incapacidad, secuelas físicas y/o psicológicas al paciente, incluso su muerte"* (6- 8)

- Un **“Near Miss”**, (en español: incidente o cuasi accidente) es un evento no deseado que pudo haber causado daño, pero que no llegó a materializarse gracias a la intervención oportuna, un error corregido a tiempo o simplemente por suerte (6-8).

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.



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

4) ¿Por qué es relevante la seguridad del paciente?: Magnitud del problema de la seguridad en salud

El objetivo principal 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 hospitalizados. 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 **"Errar es Humano"** (8). 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 múltiples 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, 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 en el gasto en salud. 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 es equivalente al gasto que implica contar con 2.000 médicos generales o 3.500 enfermeras en hospitales. El daño al paciente se considera la 14^a causa de muerte a nivel mundial, con una carga de enfermedad comparable a la de patologías como la tuberculosis, la malaria, la esclerosis múltiple y ciertos tipos de cáncer.

En Chile, contamos con informes elaborados y publicados por el Ministerio de Salud respecto a resultados de los indicadores de seguridad del paciente, en cumplimiento al artículo 4° de la Ley N.º 20.584 del año 2012 que regula los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas con su atención de salud (1-9), **reconociendo el derecho de las personas a tener una atención segura**. Los informes publicados en la página web del Ministerio, describen el cumplimiento de los indicadores en los establecimientos de salud de atención cerrada dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud, reportados en el sistema SICARS, la mayoría de los cuales vigilan la instalación de medidas de prevención de eventos adversos, como lesiones por presión. El último informe publicado el año 2023, comprende el periodo desde el 01 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2023 (9), destacan en la evaluación del impacto, los resultados de la Tasa de incidencia de caídas en pacientes hospitalizados con un total de 1,1 caídas por cada mil días cama ocupadas, es decir, se registró una caída por cada 909 días de hospitalización (1000/1,1), este valor fue variable dependiendo de la complejidad del establecimiento. En 2023 se observó un aumento del 7,5% en comparación con el valor esperado, calculado como la mediana del período 2018-2022, este aumento se observó en los establecimientos de mediana y alta complejidad con un incremento del 5,9% y 11,5%, respectivamente, mientras que, aquellos de baja complejidad registraron una disminución del 4,8% en el mismo periodo. Otro indicador importante a tener en consideración, son las reintervenciones no programadas en los mismos establecimientos. Aquí, se observó una disminución del 2,6% en comparación con el valor esperado (mediana 2018-2022).



En los establecimientos de baja complejidad se observó una disminución del 51,2%, en la mediana complejidad existe un aumento del 21,8%, mientras que los de alta experimentaron un incremento del 1,1% en el mismo periodo.

Del mismo modo, el Ministerio de Salud publicó el año 2024 un estudio observacional, transversal, de tipo poblacional, basado en las notificaciones voluntarias de Eventos Centinela priorizado para Reporte Inmediato (ECPRI) de los establecimientos de salud de atención cerrada pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile (10). Se consideraron 196 centros de salud, los cuales estaban distribuidos en todas las regiones del país. De 418 sospechas notificadas, 331 fueron confirmadas como ECPRI: 194 Eventos Centinelas (EC) y 137 eventos de importancia priorizados (EIP). Los EC afectaron en un mayor porcentaje a hombres (55,2%) y al grupo etario de 65 a 84 años (31,4%). Fueron notificados principalmente desde establecimientos de alta complejidad (75,3%), cuya ocurrencia fue mayoritariamente en unidades de hospitalización (51,0%) y en horario hábil. Los EIP más frecuentes fueron **fuga de menor de 15 años (n = 56), cuerpo extraño post - procedimiento (n = 39) y pérdida de biopsia (n = 28)**, ocurriendo principalmente en establecimientos de alta complejidad y en horario hábil. Tanto en los EC y EIP, la notificación al paciente o representante **legal no superó el 40% de los casos.**

Distinto es, en atención ambulatoria, en nuestro país no contamos en la actualidad con estudios nacionales 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 (11). 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 (12), en Chile esta incidencia en términos de números absolutos reflejaría la ocurrencia de 122.350 eventos adversos en la atención primaria en dicho año.

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.

Finalmente, el compromiso de nuestro país por mejorar las condiciones de seguridad en la atención en salud ha seguido las recomendaciones del informe "Error es Humano", respaldadas además por diversos organismos internacionales, como la OCDE. Este enfoque se ha centrado en establecer estándares que promuevan la mejora en la seguridad, consolidándose en la acreditación institucional de los prestadores de servicios de salud como una política clave de salud pública.



5) 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, morbimortalidad materna e infantil, entre otros, respecto al Gasto en Salud (13). 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 por el organismo asegurador, tanto por **FONASA** como las **ISAPRES** para todos los usuarios que tengan un problema de salud incluido en el Decreto GES vigente (al 2022 son 87 los problemas de salud garantizados) (14).



El conjunto de enfermedades, condiciones de salud o patologías GES, han sido seleccionadas considerando su **magnitud** (casos ajustada por la calidad del dato), la **trascendencia** (años de vida saludables perdidos o AVISA) y la **carga financiera y suficiencia de la oferta** (15). Esta información se obtiene de estudios chilenos sobre problemas de salud específicos (Encuesta Nacional de Salud), vigilancia epidemiológica chilena o registros de atenciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud, egresos hospitalarios y datos internacionales o juicios de los expertos. El que se establezca por Ley una garantía de calidad para determinadas

prestaciones de salud, obliga a las instituciones que pretendan otorgar prestaciones GES, a acreditarse, **la cual constituye 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 (1). Esta Ley es el marco normativo para numerosos reglamentos que incluyen el manejo de la información de las Fichas Clínicas, Comité de Ética Asistencial y de Investigación, Reclamos, la vigilancia de eventos adversos en salud y el respeto a la autonomía del paciente, así como, la 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 ser pública o privada. La acreditación tiene una vigencia de **tres años**, por lo que el proceso debe repetirse luego de ese período (reacreditación). Para realizar su proceso de acreditación, el prestador institucional debe **contar con su autorización sanitaria, 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, así como la distancia en donde se ubica el establecimiento, para finalmente 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** (16-18) y programará en un tiempo determinado una fiscalización de mantención de estándares, 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** (17-18). Este Registro al año 2025, cuenta con más de 932.000 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:

Estándar de Acreditación	Fecha de acreditación
Atención Cerrada de Alta Complejidad	01-jul-16
Atención Cerrada de Mediana Complejidad	01-ene-18
Atención Abierta de Alta Complejidad	01-jul-18
Centro de Diálisis	01-jul-18
Atención Cerrada de Baja Complejidad	01-ene-19
Atención Abierta de Mediana Complejidad	30-jun-19
Laboratorios Clínicos de Alta Complejidad	30-jun-19
Servicios de Imagenología de Alta Complejidad	30-jun-19
Servicios de Imagenología de Mediana y Baja Complejidad	30-jun-22
Laboratorios Clínicos de Mediana y Baja Complejidad	30-jun-22
Atención Psiquiátrica Cerrada	30-jun-24
Servicios de Radioterapia	30-jun-24
Servicios de Quimioterapia	30-jun-24
Servicios de Esterilización	01-ene-25
Centros que otorguen Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas	01-jul-25
Atención Abierta de baja complejidad (Centros de Salud de Atención Primaria)	01-jul-25

6) Estructura de un Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

Para su mejor entendimiento se presenta como ejemplo el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud de Atención Cerrada de Alta Complejidad, dado que es el texto más extenso, pues comprende la mayor cantidad de procesos destinados a evaluar prestaciones de alto riesgo. **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".

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, primero en **Componentes**, 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 o mediana complejidad.

A continuación, se describen dichas características obligatorias para Prestadores de Atención Cerrada de alta o mediana complejidad (18).

Ámbito Respeto a la Dignidad del Paciente	
Característica	Exigencia de la característica
DP 2.1	Que en la Institución se obtenga y registre el consentimiento informado del paciente previo a procedimientos de alto riesgo.



**Ámbito
Gestión de la Calidad**

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

**Ámbito
Gestión Clínica**

Característica	Exigencia de la característica.
GCL 1.1	Se exige la realización y registro de la evaluación pre- anestésica a todo paciente que sea intervenido quirúrgicamente con anestesia general o regional.
GCL 1.5	Las Unidades de Pacientes Críticos deben definir los criterios de ingreso y egreso de pacientes, haciendo la distinción entre Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio.
GCL 1.7	Deben definirse los criterios de indicación médica de transfusión de hemocomponentes.
GCL 1.11	Debe existir un sistema estandarizado de registro, rotulación, traslado y recepción de todas las biopsias, que permita constatar trazabilidad (es decir un histórico del trayecto, desde la obtención hasta la entrega del informe).
GCL 1.12	Debe identificarse a los pacientes adecuadamente, siendo dicha identificación obligatoria para recién nacidos, pacientes pediátricos, pacientes con compromiso de conciencia y pacientes que ingresan a pabellón.
GCL 2.1	El Centro debe establecer medidas preventivas para los eventos adversos quirúrgicos, como por ejemplo la aplicación de un check list de cirugía segura.
GCL 2.2	Se exigen medidas de prevención de caídas de pacientes, úlceras por presión y errores de medicación.



GCL 3.2	Existe un Sistema de vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, que cumple con la normativa nacional.
GCL 3.3	Se llevan a cabo actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Ámbito

Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención

Característica	Exigencia de la característica.
AOC 1.1	Debe establecerse un procedimiento de atención inmediata a las personas en situación de emergencia con riesgo vital dentro de la institución, el cual debe ser conocido por todo el personal.
AOC 1.2	En el Servicio de Urgencia debe existir una categorización, que contemple la gravedad y factores de riesgo del paciente para priorizar la atención.
AOC 1.3	Se exige que cada institución defina cuales son los resultados críticos o situaciones de riesgo 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.

Ámbito

Competencias del Recurso Humano

Característica	Exigencia de la característica.
RH 1.1	Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.
RH 1.2	Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.



**Ámbito
Registros**

Característica	Exigencia de la característica.
REG 1.1	Se exige que el Centro cuente con una Ficha Clínica única e individual para cada paciente.

**Ámbito
Seguridad del Equipamiento**

Característica	Exigencia de la característica.
EQ 2.1	El Centro debe contar con un Programa de Mantenimiento Preventivo para todos los equipos críticos para la seguridad de los pacientes, por ejemplo: desfibriladores, equipos de ventilación mecánica, etc.

**Ámbito
Seguridad de las instalaciones**

Característica	Exigencia de la característica.
INS 1.1	Debe existir un Plan de Prevención de Incendios.

**Ámbito
Servicios de apoyo Diagnóstico o Terapéutico**

Característica	Exigencia de la característica.
APL 1.4	El Laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente.
APL 1.5	El Laboratorio asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.
APF 1.3	Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo.
APE 1.2	Las etapas de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada.



APE 1.3	El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización basados en las normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento.
APD 1.2	El prestador institucional aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento de peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y dispone de registros estandarizados.
APQ 1.3	El prestador institucional aplica procedimientos actualizados y ejecuta un programa de supervisión periódica de las prácticas relacionadas con quimioterapia y realiza vigilancia de las infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales.
APA 1.2	El Servicio de Anatomía Patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de la etapa pre-analítica.
API 1.2	Los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgo para los pacientes se realizan en condiciones seguras.
APDs 1.2	El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de componentes sanguíneos.

7) Alumnos de las carreras de la salud, Acreditación y 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.

Algunos Estándares de Calidad hacen alusión directa a los alumnos de pregrado de las carreras de la salud. 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 debe 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.





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

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 (1) 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 profesional habilitado, 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” .



Alumnos de las carreras
de la salud.

Algunas recomendaciones finales...

Infórmate

- ¿Es un Centro Acreditado?
- ¿Qué Estándares de calidad cumple?
- ¿Qué protocolos vigentes existen?

Sé proactivo ¿Cómo?

* Informa y notifica cualquier
evento adverso



* Verifica la correcta identificación del
paciente antes de cualquier actividad.

* Comunica toda la información que
consideres relevante
durante el cambio de turno.

* Evita utilizar abreviaturas en
cualquier registro clínico.

* Si te encuentras a cargo de un
paciente, revisa periódicamente los
medicamentos indicados, evaluando
la necesidad de alguna actualización.

* Verifica que los procedimientos que se hagan en
los pacientes con quienes estás involucrado o
tienes a cargo por tu labor como interno(a), sean
los correctos y en el lugar del cuerpo que
corresponda.



Te invitamos a visitar el sitio web del Observatorio de
Calidad en Salud de la Superintendencia de Salud.
www.superdesalud.gob.cl/observatorio/

8) Referencias

1. M. de S. (2012). Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a su atención de salud (Minsal, Ed.).
2. Ayanian J , Markel H, . Donabedian’ s Lasting Framework for Health Care Quality. N Engl J Med 2016; 375:205-207.
3. WHO working group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care 1989; 1: 79-95.
4. Net A, Suñol, R. La Calidad de la Atención. Disponible en: www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. Departamento Calidad y Seguridad de la Atención, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, C. P. Z. -. E. M. J. F. C. -. M. E. en S. P. P. D. C. y. S. (2023). INFORME DE INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN 2023.
10. Departamento Calidad y Seguridad de la Atención, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Carolina Poulain Zapata - Enfermera Matrona, Pamela Flores Rojas- Ingeniero Civil Biomédico, Javiera Fuentes Contreras - Médico especialista en Salud Pública, (2024), EVENTOS CENTINELA PRIORIZADOS PARA EL REPORTE INMEDIATO EN HOSPITALES PÚBLICOS DE CHILE AÑO 2024.
11. 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.

12. 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
13. El gasto en salud es el consumo final de bienes y servicios de salud, incluida la atención médica personal y los servicios colectivos. (2022). Organización Para La Cooperación y El Desarrollo Económicos. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html?oecdcontrol-00b22b2429-var3=2013>.
14. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (1 de octubre de 2022). Decreto Supremo N° 72 del Ministerio de Salud, establece el nuevo régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1182186>.
15. Gabriel Bastías S. (1), D. G. V. C. (2). (2007). REFORMA DE SALUD EN CHILE; EL PLAN AUGE O RÉGIMEN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES). SU ORIGEN Y EVOLUCIÓN - DR. GABRIEL BASTÍAS S. y col. Pontificia Universidad Católica de Chile. https://www.researchgate.net/publication/267222777_REFORMA_DE_SALUD_EN_CHILE_EL_PLAN_AUGE_O_REGIMEN_DE_GARANTIAS_EXPLICITAS_EN_SALUD_GES_SU_ORIGEN_Y_EVOLUCION.
16. Superintendencia de Salud, Registro de Prestadores Acreditados , Sitio web: <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-registros/registro-de-prestadores-acreditados-4329/por-n-de-registro-4710/>
17. Superintendencia de Salud, Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, Sitio web: <https://rnpi.superdesalud.gob.cl/#>
18. Boletines estadísticos. (n.d.). Observatorio de Calidad en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Retrieved December 26, 2023, from <https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/674/w3-propertyvalue-7994.html>.
19. 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

