

## CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

---

# Accreditación: Calidad y seguridad en la atención de pacientes.

Jorge Varas C<sup>1</sup>, Enrique Hering A<sup>2</sup>, Ana M. Demetrio R<sup>3</sup>.

En el marco de la Reforma de Salud, la Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937 establece que los prestadores institucionales de salud para ser acreditados, deben cumplir estándares que garanticen la seguridad de las prestaciones que otorgan, siendo responsabilidad del Ministerio de Salud (MINSAL) la creación de un sistema de acreditación que incluye la elaboración de dichos estándares, la evaluación periódica de su cumplimiento y criterios de verificación.

El proceso de acreditación es una opción voluntaria para los establecimientos de salud, sin embargo la ley N° 19.966, en su artículo 24, dispone que *“para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar acreditados en la Superintendencia de Salud”*. De esta manera a partir de la entrada en vigencia de la Garantía Explícita de Salud (GES), sólo los prestadores institucionales que se encuentren debidamente acreditados podrán otorgar las prestaciones que contempla dicho régimen.

La ley establece requisitos que debe cumplir el prestador institucional para acceder al proceso de acreditación:

- Tener autorización sanitaria vigente, es decir han sido autorizados por la autoridad sanitaria respectiva con su rol asistencial y todas sus dependencias actuales.

- Documentar que durante el año previo a la solicitud han realizado un proceso de autoevaluación de la calidad.

Se encuentra publicado por la Superintendencia de Salud el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Los ámbitos a ser evaluados en el proceso de Acreditación son los siguientes:

1. Respeto a la dignidad del paciente (DP)
2. Gestión de la calidad (CAL)
3. Gestión clínica (GCL)
4. Acceso, oportunidad y continuidad de la atención (AOC)
5. Competencias del recurso humano (RH)
6. Registros (REG)
7. Seguridad del equipamiento (EQ)
8. Seguridad de las instalaciones (INS)
9. Servicios de apoyo (AP)

Cada uno de ellos consta de sus respectivos componentes, características y verificadores.

**Ámbito.** Contiene en su definición los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad.

---

<sup>1</sup> Médico Gineco Obstetra, Jefe Oficina Calidad y Seguridad de la Atención.

<sup>2</sup> Director Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

<sup>3</sup> Enfermera Oficina Calidad y Seguridad de la Atención.

**Componentes.** Constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito.

**Características.** Desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación. Son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar.

**Verificadores.** Son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. La evaluación de detalle del prestador se expresa en una tabla de trabajo de campo en la que se valoran los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación.

La acreditación es un proceso destinado a cumplir estándares que garanticen una atención más segura y de mejor calidad.

Cada uno de los aspectos señalados con anterioridad debe ser elaborado planificadamente, con documentos de carácter institucional de calidad, con la participación de los distintos equipos involucrados, con reuniones periódicas respecto a los avances y dificultades encontradas, con la difusión y “sociabilización” de los diferentes temas.

En este proceso se encuentra trabajando activamente el Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, quien ha sido nominado entre los primeros centros asistenciales de atención cerrada, para ser acreditado.

El desafío es enorme, requiere del esfuerzo de todos y cada uno de quienes trabajan en el Hospital, incluyendo nivel directivo, clínico, administrativo y de todos los funcionarios.

Mención especial en este aspecto requiere la Oficina de Calidad y Seguridad de la Atención del

establecimiento, creada mediante Resolución exenta N° 796 del 28 de julio de 2008. Constituye una entidad asesora de programas de calidad en la institución y por ende, su tarea requiere la participación y estrecha vinculación con todo el personal involucrado que corresponda.

A este respecto, junto con el trabajo que se está realizando y con el fin de difundir temas en particular, que sean de utilidad a funcionarios del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, así como de otros centros asistenciales y clínicas privadas, se presenta con relación al Ámbito Registros (REG):

REG 1.1 Ficha Clínica: Composición y manejo.

REG 1.2 Ficha Clínica: Registros clínicos.

Estrechamente ligados a lo anterior se encuentran:

DP 2.1 Consentimiento informado: Importancia de información al paciente.

GCL 1.1 Evaluación anestésica preoperatoria.

GCL 2.3 Prevención de eventos adversos asociados a la atención.

GCL 2.1 Lista de chequeo para cirugía segura.

Los temas tratados se presentan de manera didáctica con el fin de hacerlos más accesibles, difundirlos adecuadamente y avanzar progresivamente en transmitir a los integrantes del equipo de salud la importancia de entregar a pacientes y familias, atención en salud cada vez más segura, de calidad, digna y equitativa.

#### LECTURA RECOMENDADA

- Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Superintendencia de Salud.