

# Sustentabilidad hospitalaria, calidad y seguridad del paciente en el Hospital Clínico Universidad de Chile

Andrea Sakurada Z., Sandra Mena V., Carolina Salazar C., Mario Vidal C., Soledad Villaleiva C., Magyolue Quintana C.

*Dirección de Calidad, HCUCH*

## SUMMARY

*The sustainability of the Universidad de Chile Clinical Hospital must be understood comprehensively; providing higher quality and safety for our patients, ensuring highest standards of medical care. The quality of care must be understood not only in complying with the minimum standards to accredit and grant GES benefits, establish agreements with health insurers and be financially competitive; It must be incorporated into its management the dimensions of quality - effectiveness, efficiency, accessibility, safety, equity and patient-centered care- minimizing the costs of non-quality work. Our Clinical Hospital, as our country's main training center in healthcare professions, must include training at the undergraduate students' curriculum in quality and patient safety issues.*

**Fecha recepción: mayo 2022 | Fecha aceptación: julio 2022**

**D**urante el año 2000, el presidente Ricardo Lagos presentó un proyecto de Reforma de Salud centrada en los derechos y garantías de salud de los pacientes, basado en un esquema de financiamiento solidario, cuyos pilares fundamentales son el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, eficiencia de los recursos y la participación social<sup>(1)</sup>. Como resultado, se elaboraron cinco proyectos orientados según los objetivos sanitarios fijados por el MINSAL para el decenio 2000-2010, los que fueron presentados al Congreso en los años

2001 y 2002 con relación a distintas materias: a) Autoridad Sanitaria y Sistema de Gestión, b) Régimen de Garantías en Salud (Acceso, Calidad, Protección financiera y Oportunidad de atención), c) Ley de ISAPRES (ley larga), d) Ley de Financiamiento, e) Derechos y Deberes de las Personas en Salud<sup>(2)</sup>. Al principio de la década del 2000, solo el proyecto de Autoridad Sanitaria y Gestión había sido promulgado como ley (Ley 19.937). Estos proyectos tenían como fin el responder a una población más envejecida, más educada, empoderada

y con mayor conciencia de sus derechos, pero que seguía presentando grandes desigualdades, lo que se expresaba en importantes brechas en las condiciones de salud y enfermedad<sup>(3,4)</sup>.

## MARCO LEGAL

1. La Ley N°19.937 de Autoridad Sanitaria<sup>(5)</sup> estableció la función y potestad del Ministerio de Salud de “establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar”. Esto es, para los establecimientos de salud debidamente autorizados por los secretarios Regionales Ministeriales de Salud. Dicha legislación se encuentra actualmente refundida y sistematizada con los principales cuerpos legales emanados del Proceso de Reforma a la Salud en el DFL N°1 de abril del 2005<sup>(6)</sup>.
2. La disposición legal define explícitamente la “acreditación”, señalando que *“acreditación es el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento del estándar mínimo señalado en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones”*, el cual señala además que el Ministerio de Salud deberá *“establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios”*, describiendo las características y contenidos de estos estándares mínimos<sup>(6)</sup>.
3. Con fecha 19 de marzo del 2009 se publicó en el Diario Oficial la aprobación de los estándares generales del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud para atención abierta y cerrada<sup>(7)</sup>.
4. El proceso de acreditación es una opción voluntaria para el prestador; sin embargo, debe tenerse presente que la Ley N° 19.966, que regula el

Régimen General de Garantías, al establecer la Garantía Explícita de Calidad, dispuso que ella consiste en el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por parte de un prestador acreditado, en la forma y condiciones que señale el Decreto Supremo que establece y regula las Garantías Explícitas. Y el artículo 24, inciso final, dispone que *“para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar acreditados en la Superintendencia de Salud”*. De modo que, a partir de la entrada en vigencia de la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE, solo los prestadores institucionales que se encuentren acreditados podrán otorgar las prestaciones que contempla dicho régimen<sup>(8)</sup>. Inicialmente la garantía de Calidad debía ser exigida el 1° de julio del 2013, pero se modificó haciendo en un primer momento exigible solo que los prestadores individuales estuvieran registrados en la página de la Superintendencia de Salud, retrasando posteriormente su entrada en vigencia al 1° de julio del 2016, según decreto GES del 3 de marzo del 2016<sup>(9)</sup>.

Con fecha 3 de julio de 2007 (DS N°15) fue publicado en el Diario Oficial el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, donde se desarrolla y completa el marco legal antes referido que presenta modificaciones posteriores, Decreto N°12 (2012), Decreto N°44 (2013), Decreto N°77 (2015) y Decreto N°43 (2020).

El proceso exige la presentación ante la Superintendencia de Salud de los siguientes requisitos: solicitud de acreditación, mediante la cual el prestador informa, entre otros, el tipo de establecimiento, objetivos, nivel de complejidad y estándar por el que será evaluado —lo que permite determinar las entidades acreditadoras que están en condiciones de evaluarlo—; autorización sanitaria vigente, que permite respaldar que se cumple con

requisitos estructurales; documentar la realización de una autoevaluación de calidad que tiene que haber sido realizada hasta un año previo a la presentación de la solicitud.

Acreditan los prestadores institucionales que, habiendo cumplido con el proceso de acreditación, logran un puntaje mínimo de cumplimiento general de un 50% en el primer proceso. Este puntaje general debe incluir el cumplimiento de **las treinta características definidas como obligatorias** o las que les apliquen al prestador. En un segundo y tercer proceso aumenta el nivel de complejidad y acreditan quienes cumplan con el 70 y 85% respectivamente, permitiendo desde el año 2019 que tres características obligatorias puedan ser incumplidas para ser acreditado con observaciones y con entrega de un plan de mejora factible de cumplir en un plazo de seis meses, el que debe ser evaluado y aceptado para ser acreditado<sup>(10,11)</sup>.

### **ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE. ¿CUÁL ES SU IMPORTANCIA?**

En el año 2007 se creó la Dirección de Calidad (DC) que tuvo a cargo crear equipos de trabajo y establecer un diagnóstico de la situación del momento. En el año 2009 se publicó el actual manual de acreditación para prestadores de atención cerrada y la Dirección de Calidad se centró en trabajar en calidad y seguridad de los pacientes con la meta de obtener la acreditación institucional.

La tarea de acreditar una institución con la complejidad que presenta nuestro Hospital no ha sido fácil. En un principio hubo avances; no todo lo rápido que se hubiese deseado, pero lentamente se fue sumando gente para trabajar en temas de calidad, acreditación y seguridad de los pacientes. Se ha trabajado con equipos y profesionales comprometidos en el tema en los distintos servicios y unidades, con sus respectivos delegados de

Calidad, quienes son el nexo entre sus respectivos servicios y la DC. Para apoyarlos en su trabajo se entregó formación específica y posteriormente se desarrolló el Diploma de Calidad Asistencial, respaldado por Medichi y la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina. Se realizaron diez versiones, formando a un total de 79 funcionarios becados de nuestro Hospital y Clínica Universidad de Chile Quilín. Inicialmente, se trabajó con un *software* de acreditación local desarrollado por el Departamento de Tecnologías de la Información, ya que ninguno existente en esa fecha cumplía los requisitos para la complejidad de nuestra institución. Durante este periodo se fue conformando una masa crítica de profesionales con un importante compromiso de sus integrantes dentro de los distintos equipos de trabajo, tratando de consolidar una cultura de calidad y seguridad centrada en la atención del paciente.

La DC fue la responsable de liderar el proceso para sumar esfuerzos, formando y apoyando, tanto técnica como metodológicamente, a los distintos equipos de trabajo del Hospital, los que lograron los avances que finalmente culminaron con la obtención de la anhelada acreditación en diciembre del año 2016. El resultado fue inesperadamente alto: 95% con solo cinco características en incumplimiento (evaluación de los derechos del paciente, convenios docentes, supervisión docente, inducción del personal y orientación) y otras que estuvieron en el límite, como *stock* crítico, TRIAGE en Urgencia, equipamiento en unidades de apoyo, seguimiento de vida útil de equipamiento, programa de vacunación, procedimientos de laboratorios clínicos, entre otros. Lo anterior condicionó a hacer una revisión de las brechas existentes con miras a mejorar estas actividades en el marco de la mejora continua y para preparar la fiscalización que ocurrió un año posterior a la acreditación y a la reacreditación que debió ocurrir tres años después de obtenida la acreditación.

El largo camino recorrido, tanto para acreditar como para mantener la acreditación, no ha estado exento de dificultades. Una de ellas ha sido la dificultad para entender la calidad como un todo y no separada de la acreditación. Debe entenderse que está incluida en la gestión sanitaria, ya que abarca la organización, las personas, sistemas y procesos institucionales y que considera la aplicación de la ciencia y la tecnología para maximizar los procesos en beneficios de la salud, pero sin aumentar los riesgos. El mayor desafío que se ha presentado durante este periodo es mantener comprometido al equipo directivo institucional para respaldar el trabajo de la DC durante este tiempo. La entrega de recursos, tanto de infraestructura como humanos ha sido escasa, considerando el nivel de complejidad que presenta la institución, con servicios altamente fraccionados, a lo que se ha sumado la falta de una cultura de calidad a nivel institucional y escaso compromiso, principalmente del estamento médico en todas las actividades relacionadas y lo que se vio acrecentado con la pandemia. Los principales apoyos siempre han sido de los estamentos no médicos, fundamentalmente de enfermería, matronería, tecnólogos médicos, entre otros. Otro desafío ha sido el sumar a las unidades administrativas y técnicas de nuestro Hospital como RRHH, Mantenimiento, Abastecimiento, entre otros, quienes en general, con dificultad, lograron comprender la importancia de trabajar alineados para lograr y mantener la acreditación de la institución.

El beneficio directo y el más importante de estar acreditados es mostrar que la institución está comprometida con un trabajo de calidad y seguridad del paciente, posicionándola dentro de la comunidad, aseguradoras y otros centros, lo que le permite ser tan competitiva como otras instituciones de salud de similar complejidad y, por tanto, ser sustentable en el tiempo (sustentabilidad: *“Proyección del principio de estabilidad presupuestaria en el medio y largo plazo que supone la capacidad para financiar*

*compromisos de gasto presentes y futuros dentro de los límites del déficit y deuda pública”*). Es demostrar que el centro cuenta con procedimientos y protocolos necesarios en sus actividades y que todos sus funcionarios trabajan con un modelo de calidad, que le permite otorgar a sus pacientes la seguridad y calidad que ellos requieren. Se espera, en el largo plazo, lograr una contención de costos al tener procesos controlados y monitorizados, supervisión y menor ocurrencia de eventos adversos, menor rebaja de cuentas por eventos ocurridos, otorgando mayor seguridad en sus prestaciones.

Con la puesta en marcha de la cuarta garantía GES, Garantía Explícita de Calidad —que indica que los prestadores de patologías GES deben estar acreditados— las aseguradoras exigen el certificado de acreditación para derivar a sus pacientes y, de no contar con éste, podrían optar por prestadores acreditados, afectando la sustentabilidad económica de nuestro hospital.

La calidad de la atención está muy relacionada con la gestión de una institución de salud. Sus dimensiones, según la OMS, son la *efectividad, eficiencia, accesibilidad, seguridad, equidad y atención centrada en el paciente* y deben ser abordadas en su totalidad para una mejora en la gestión institucional. Los costos asociados a trabajar sin calidad o *“costos de la no calidad”* van desde repetición de exámenes de laboratorio, de imágenes, rechazos de muestras, pérdida de muestras, toma de decisiones incorrectas o tardías por retraso o errores en informes de laboratorios/imágenes/anatomía patológica, aumento de días cama ocupados por ocurrencia de eventos adversos (caídas de pacientes, infecciones asociadas a la atención de salud, lesiones por presión, errores de medicación, etc.), reintervenciones, suspensión de cirugías, rehospitalizaciones, mayor uso de medicamentos, antimicrobianos e insumos, hasta la pérdida del prestigio y de la satisfacción de nuestros pacientes, entre otros.

## PROYECCIONES FUTURAS

Dado que el proceso de la primera reacreditación fue suspendido a una semana de su inicio, debido a la pandemia por SARS-CoV-2, hemos revisado nuestro quehacer, pudiendo evidenciar que estamos muy lejos de haber creado una cultura de calidad madura a nivel institucional. Las actividades relacionadas con la seguridad del paciente pasaron a segundo plano debido a la carga asistencial que debimos enfrentar por la pandemia, sumado a la readecuación de servicios clínicos que llevó al cierre y apertura de éstos. La reasignación y movilización de personal hacia la atención clínica con su énfasis impactó con un deterioro importante en las mediciones de indicadores de prevención de eventos de seguridad. Sólo se logró la medición del 58% de ellos durante el año 2020 y los resultados de este periodo dieron cuenta del bajo cumplimiento de medidas preventivas en atención clínica, reflejado en un aumento de notificación de eventos de seguridad comparado con año 2019, tales como caídas, lesiones por presión (LPP) y error de medicación, con tasas que ascendieron de 0.65 a 0.82, de 5.67 a 7.47 y de 0.79 a 0.82 por 1000 días-cama ocupadas respectivamente<sup>(12)</sup>. Por lo anterior, en el año 2021 se implementó SerQ Salud (Sistemas de Información Ser Q Ltda., Providencia, Santiago), un nuevo *software* de gestión de calidad que facilita la notificación de eventos adversos para mejorar su gestión y tomar medidas para prevenir su recurrencia. Con el uso de este *software* se ha detectado una subnotificación principalmente en el área médica, lo que se ha evidenciado en los análisis de reclamos o de solicitud de rebaja de cuentas médicas por parte de pacientes ante la ocurrencia de eventos adversos. Tales costos fluctuaron entre los 45-61 millones de pesos anuales entre los años 2015-2017.

A mediano plazo, nuestro Hospital en su calidad de ser el principal centro formador de profesio-

nales de la salud de la Universidad de Chile debe constituirse como un polo de desarrollo en lo que a calidad y seguridad de atención se refiere. Es por esto que debe tener un efecto multiplicador cuando nuestros estudiantes de pre y postgrado al egresar se distribuyan a lo largo del país en diferentes prestadores de salud. Para ello necesitamos que desde el pregrado en las carreras de la salud se incorpore fuertemente el concepto de calidad y seguridad en salud y el apoyo desde el nivel directivo institucional.

## REFLEXIONES

Si bien existen distintos modelos de acreditación de centros de salud, como la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JACHO) y desde el año 1951<sup>(13)</sup> el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales 1958<sup>(14,16)</sup>, otros países como España y en Latinoamérica desde los años 90 con apoyo técnico de la OPS han implementado sistemas para acreditación, existiendo actualmente en países como Brasil, Cuba, Colombia, Chile y Perú, entre otros<sup>(15,16)</sup>. El año 1966 Avedis Donabedian publica un primer artículo sobre calidad de la atención con conceptos que han mantenido su vigencia y validez hasta la fecha y que han motivado muchos procesos de evaluación de la calidad, cuya definición de calidad de atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos y donde los actores principales son los usuarios externos, los usuarios internos y la institución<sup>(17)</sup>.

Con la entrada en vigencia de la cuarta garantía de calidad el año 2016, exigible para que un prestador pueda otorgar atenciones GES de patologías complejas, en Chile se ha marcado un punto de inflexión donde aseguramos que nuestros prestadores, tanto públicos como privados, son medidos de la misma manera con un único instrumento y

donde la entidad acreditadora certifica que nuestras prestaciones son cada vez más seguras y con menor riesgo en la atención que entregamos y que trabajamos con un fin común, que es la calidad asistencial. También significa que los profesionales y técnicos que atienden a los pacientes están certificados y se encuentran registrados en la Superintendencia de Salud; que se trabaja con procedimientos establecidos para control de infecciones asociadas a la atención de Salud; que se otorgan prestaciones desde el punto de vista médico y de enfermería más seguros, así como con protocolos de manejo de las emergencias médicas, los que son ampliamente conocidos por el personal de la institución; que poseen protocolos para prevenir eventos adversos en los pacientes, tanto desde el punto de vista médico y quirúrgico; que los pacientes conocen los riesgos a los que se someten cuando se realizan procedimientos quirúrgicos o procedimientos invasivos de riesgo; que al consultar en Urgencia se someten a un sistema de priorización por gravedad y que existen equipamientos e instalaciones seguras, entre muchos otros.

Es muy importante para nuestro Hospital estar acreditado, porque le permite otorgar prestaciones GES y mantener convenios con aseguradores públicos y privados de salud, además de trabajar con calidad y seguridad de la atención, lo que impacta en su sustentabilidad. También significa el prestigio y reconocimiento no solo de ser un hospital universitario, dependiente de la Universidad de Chile, sino que puede acreditar que las prestaciones que entrega a los pacientes cumplen con estándares mínimos en calidad y seguridad. Se debe lograr la participación del equipo directivo y de los colaboradores en el desarrollo de una cultura institucional de calidad que se encuentren alineados en busca de la calidad y seguridad de la atención de nuestros usuarios para presentarnos ante la comunidad y las aseguradoras como un centro de salud seguro y confiable en cuanto a

las prestaciones de salud, mejorando así la satisfacción de nuestros pacientes y sus familias y la motivación del personal y el trabajo en equipo.

Un aspecto fundamental para crear una cultura de calidad es su incorporación a la gestión hospitalaria, de manera que todos en la institución tengan clara la misión, visión y objetivos con el fin de lograr entender que el centro del quehacer son los pacientes. Y que todos interioricen que para alcanzar estos objetivos se deben gestionar los recursos (gestión sanitaria), mejorar la asistencia (humanización de la atención), utilizar una política de calidad aplicable a la actividad diaria con el mayor nivel de evidencia, poniendo las mejores herramientas de información y tecnología para su logro y desarrollando equipos de trabajo para crear un ambiente interno de trabajo adecuado, seguro, con confianza para expresar opiniones y sinceridad, y con una meta permanente en la mejora continua<sup>(16)</sup>.

Con el actual sistema de acreditación vigente en el país, se trabaja con exigencias de estructura, existencia de registros, protocolos y existencia de indicadores y mediciones; sin embargo, no existe una evaluación de los resultados de indicadores y de resultados de procesos clínicos. Tampoco existe la exigencia ante incumplimientos y de contar con planes de mejora. Todo esto debiera ser considerado al mejorar el sistema de acreditación, cuando se actualicen los manuales actuales. Lamentablemente los avances que llevaba el actual sistema se han enlentecido, debido a la pandemia y a la suspensión de los procesos de acreditación actuales porque están siendo de carácter voluntario para prestadores de atención cerrada<sup>(18-20)</sup>, situación que también ha afectado a nuestro hospital, ya que al no ser obligatorio y no tener fecha próxima conocida para la acreditación, se ha generado un relajo que ha costado superar, debido a cansancio del personal de salud por causa de la pandemia.

Desde el año 2022 y mientras dure la alerta sanitaria por pandemia, las evaluaciones contarán con un porcentaje menor para acreditar —en nuestro caso 60%—, permitiendo que seis características obligatorias puedan ser incumplidas para acreditar

con observaciones, situación que debiéramos considerar como una oportunidad para la institución para cerrar nuestro proceso de reacreditación pendiente desde marzo del 2020<sup>(21)</sup>.

## REFERENCIAS

1. Labbé J., Molina C. Evaluación de los procesos e impactos de la reforma sanitaria al sistema de salud de Chile. Ministerio de Salud, Superintendencia de salud. Septiembre del 2013.
2. Labbé J., Concha M. Evaluación de la Reforma de Salud. Superintendencia de Salud. Agosto 2004.
3. Ley 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a la atención en salud. Octubre de 2012.
4. Paraje G, Infante A. Reforma AUGE 10 años después. Documento de trabajo. Diciembre de 2014.
5. Ministerio de Salud. Ley N°19.937. Febrero 2004.
6. Ministerio de Salud. Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005. Publicado en el Diario Oficial del 24 de abril de 2006.
7. Ministerio de salud y Subsecretaría de Redes Asistenciales. Decreto Exento N°18. Aprueba los estándares generales que indica el sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud. 19 de marzo de 2009.
8. Ministerio de Salud. Ley N°19.966. Régimen de Garantías Explícitas de Salud. 3 de septiembre de 2004.
9. Ministerio de Salud. Decreto N°3. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. 3 de marzo de 2016.
10. Ministerio de Saud. Decreto Supremo N°15. 3 de julio de 2007.
11. Superintendencia de Salud. Intendencia de prestadores de Salud. Circular N° 40. 13 de septiembre 2019.
12. Villaleiva S, Mena S, Salazar C, Vidal M, Sakurada A. Impacto de la pandemia SARS-CoV-2 en indicadores de calidad y seguridad del paciente en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Rev Chilena Seguridad Paciente 2021;4:2.
13. The Joint Commission. Consultado en: <https://bit.ly/3gmTZ1y>
14. Accreditation Canada. Consultado en: <https://bit.ly/3ESQUA0>
15. Guardia N. Garantías de la calidad. Acreditación de hospitales. Anales de la Facultad de Medicina, U. Mayor de San Marcos 1997;58:56-7:4.

16. Rodriguez A, Creando una cultura de calidad hospitalaria. Medwave 2013;13 (9):e5810
17. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966;44:166-203.
18. Superintendencia de Salud. Intendencia de prestadores de Salud. Oficio circular N°3. 16 marzo 2020.
19. Superintendencia de Salud. Intendencia de prestadores de Salud. Oficio Circular N°4. 18 marzo 2020.
20. Superintendencia de Salud. Intendencia de prestadores de Salud. Oficio Circular N°16. 4 de diciembre de 2020.
21. Ministerio de Salud. Decreto exento N°3. 10 de enero 2022.

**CORRESPONDENCIA**

Dra. Andrea Sakurada Zamora  
Departamento de Calidad  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Dr. Carlos Lorca Tobar 999  
Independencia, Santiago  
E-mail: [asakurada@hcuch.cl](mailto:asakurada@hcuch.cl)  
Fono: 562 2978 8544

