

# Acreditación del Hospital Clínico Universidad de Chile como paradigma de un compromiso institucional

Andrea Sakurada Z., Sandra Mena V., Daniela Aedo M., Carolina Salazar C., Mario Vidal C.

*Dirección de Calidad; HCUCH.*

Durante el año 2000, el Presidente Ricardo Lagos anunció la presentación del proyecto de Reforma de Salud centrado en los derechos y garantías de salud de los pacientes y 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 participación social<sup>(1)</sup>. Como resultado se elaboraron 5 proyectos de ley que fueron presentados al Congreso en los años 2001 y 2002 y que están orientados 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 y 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). Además, se promulgaron dos leyes relacionadas: la primera, de financiamiento, determina alzas de IVA e impuestos para financiar el Sistema de Protección Social Chile Solidario y la Reforma de la Salud. La segunda, de ISAPRES o ley corta, establece normas de solvencia para las ISAPRES y una serie de mecanismos orientados a

proteger de mejor forma los derechos de los afiliados.

En conjunto, los 5 proyectos de la Reforma de Salud se orientan según los objetivos sanitarios fijados por el MINSAL para el decenio 2000-2010 y que tienen que ver con disminuir las desigualdades en salud; enfrentar los cambios epidemiológicos de la población, como el envejecimiento y enfermedades crónicas; proveer servicios acordes con las expectativas de la población y mejorar los indicadores sanitarios. En suma, estos proyectos tienen como fin el responder a una población más envejecida, más educada, empoderada y con mayor conciencia de sus derechos, pero que sigue presentando grandes desigualdades, lo que se expresa 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 para “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 lo que entienda por 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”*. 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 algunas de 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 SIS, retrasando posteriormente su entrada en vigencia al 1° de julio del 2016, según decreto GES del 3 de marzo del 2016<sup>(9)</sup>.

### REGLAMENTO DE ACREDITACIÓN

1. Con fecha 3 de julio de 2007 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).
2. Entre los principales desarrollos normativos de este reglamento están los siguientes aspectos:
  - a. En el Título VI se regula la fiscalización de las normas de este reglamento, la que es realizada por la Superintendencia de Salud (SIS) como por el Instituto de Salud Pública, según el tipo de prestador de que se trate.
  - b. El Título VII regula las características generales de los registros públicos, tanto de carácter nacional como regional, que la SIS deberá mantener, tanto de las entidades acreditadoras (EA) como de los prestadores institucionales acreditados.

Destaca de este reglamento además que a la acreditación deben someterse los prestadores institucionales públicos y voluntariamente los demás prestadores institucionales que cuentan con su autorización sanitaria vigente, tales como hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios, respecto del cumpli-

miento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud. Dicha evaluación es ejecutada por EA autorizadas, las cuales son fiscalizadas por la SIS y se encuentran inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras, disponible en la página web de la SIS.

El proceso exige la presentación ante la SIS de los siguientes requisitos:

- La “solicitud de acreditación” mediante la cual el prestador informa el tipo de establecimiento, objetivos, nivel de complejidad, etc., estándar por el que será evaluado. Esto permite inferir el monto a pagar y 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, la que tiene que haber sido realizada durante el 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 30 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 75 y 95 por ciento respectivamente<sup>(10)</sup>.

## **PROCESO DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE**

### **¿Cuál es la importancia de la acreditación para nuestro Hospital?**

El beneficio directo y el más importante de estar acreditados, es mostrar que la institución está comprometida con un trabajo de calidad, posicio-

nándola dentro de la comunidad, aseguradoras y otros centros, y permitiéndole ser tan competitiva como otras instituciones de salud; y que cuenta con procedimientos y protocolos necesarios en sus actividades y en las que todos sus funcionarios trabajan con un modelo de calidad que les permite otorgar a sus pacientes la seguridad y calidad que ellos requieren. Se espera a más a largo plazo lograr una contención de costos al tener procesos controlados y monitorizados, mayor control, supervisión y prevención de errores que puedan llevar a eventos adversos, otorgando mayor seguridad en sus prestaciones.

Por otra parte, esto garantiza la competitividad del Hospital frente a otras instituciones de salud de similar complejidad, ya que por una parte está la fuerte amenaza dada por la puesta en marcha de la cuarta garantía GES, cual es la Garantía Explícita de Calidad, que indica que los prestadores de patologías GES deben estar acreditados y, por otra, que es altamente probable que las aseguradoras deriven a sus pacientes a prestadores acreditados por calidad. De concretarse esta amenaza, no tendríamos el volumen suficiente de pacientes para ser sostenibles económicamente.

### **Un largo camino recorrido**

El primer paso fue la formación de la Subgerencia de Calidad, y en vista de la puesta en marcha del Programa de Evaluación de Calidad en la Atención Hospitalaria (PECAH), el año 2007 se creó la Dirección de Calidad para organizar y preparar a la Institución en el desarrollo de este proceso, logrando en esa oportunidad crear los equipos de trabajo, establecer un diagnóstico de la situación del momento y asignar las tareas. Posteriormente se modificó este modelo. 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. Para desarrollar esta actividad en sus inicios esta Dirección de Calidad contó con una administradora pública, un médico y una enfermera, a la que posteriormente se sumó una secretaria. Actualmente cuenta con un médico con media jornada, tres enfermeras, un tecnólogo médico y una secretaria.

La Dirección de Calidad viene trabajando fuertemente desde el año 2009 para lograr la acreditación de la Institución. No ha sido una tarea fácil; en un principio hubo avances no todo lo rápido que se hubiese deseado y se fue sumando gente para trabajar en temas de calidad, acreditación y seguridad de los pacientes. Inicialmente se apoyó la formación de equipos comprometidos en calidad en los distintos servicios y unidades del Hospital, con sus respectivos delegados de calidad, quienes son el nexo entre los servicios clínicos, administrativos y de apoyo clínico y esta Dirección. Con el fin de apoyarlos en su trabajo se entregó formación específica y posteriormente se desarrolló el Diploma de Calidad Asistencial, programa semipresencial a través de plataforma Medichi y respaldado por la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina. Actualmente el Diplomado está en su 8ª versión y ha formado un total de 259 profesionales con 79 funcionarios becados de nuestro Hospital y Clínica Quilín. Durante este periodo se ha ido conformando una masa crítica de profesionales con un importante compromiso de sus integrantes dentro de los distintos equipos de trabajo y consolidando una cultura de calidad centrada en la atención del paciente. La Dirección de Calidad es la responsable de liderar para sumar esfuerzos, formando y apoyando tanto técnica como metodológicamente a los distintos equipos de trabajo del Hospital, quienes lograron los avances que finalmente culminaron con la obtención de nuestra anhelada acreditación.

Dentro de esta preparación se han realizado autoevaluaciones anuales desde abril del año 2010. Entre éstas, la del año 2012 fue realizada por evaluadores externos. Además desde el 2013 en adelante se han venido incorporando anualmente la evaluación de las 30 características obligatorias, las que junto a las autoevaluaciones, han tenido un carácter formativo para quienes estaban siendo evaluados. En el año 2016, además se realizaron 2 evaluaciones externas de las características obligatorias: una, por evaluadores externos, y otra, de apoyo realizada por el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del MINSAL, aproximadamente un mes previo a la acreditación.

Un importante avance se logró con el desarrollo local de un *software* para acreditación, ya que ninguno existente en el mercado cumplía con los requisitos necesarios para nuestra Institución, la cual presenta una complejidad muy alta respecto a los servicios clínicos y unidades de apoyo. Por ejemplo, contamos con 4 tomas de muestras, 7 laboratorios clínicos, 9 unidades de pacientes críticos, 13 unidades médico-quirúrgicas, además de todas las especialidades y subespecialidades médicas, así como unidades de apoyo, con excepción de Radioterapia.

La SIS publica periódicamente monografías de acreditación, el Manual de Muestreo (2010), Criterios para Definición de Umbrales (2010), Errores de Identificación, Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos (2011) y otros que se usaron como base en la redacción de la documentación desarrollada y en la manera de evaluar.

De acuerdo a lo planificado y aproximadamente 3 meses previo a la acreditación, se solicitó apoyo al Departamento de Comunicaciones para llevar a cabo una fuerte campaña comunicacional institucional, la que consistió en correos masivos informando del proceso y apoyando con lo que se debía

contestar en las entrevistas, así como presentaciones en las distintas reuniones clínicas y visitas a la totalidad de los servicios y unidades del Hospital. Se entregó además una ayuda memoria de bolsillo desplegable a la totalidad de los 3.500 funcionarios del Hospital.

El proceso de acreditación contó con varias etapas. Con fecha 8 abril 2016 se presentó la solicitud a la SIS, se realizó el sorteo y la aceptación de la entidad acreditadora (EA), el pago de la primera cuota del arancel y la definición de la fecha del proceso. Se realizaron varias reuniones con la EA para preparar el proceso que se llevó finalmente a cabo entre el 8 y el 22 de agosto del 2016. Se dispuso de equipos de profesionales de servicios clínicos y unidades de apoyo que acompañaron a los acreditadores en sus evaluaciones por las distintas instalaciones del Hospital en jornadas extenuantes de casi 12 horas diarias. Se formó un grupo de análisis formado por directivos y profesionales de distintos servicios y unidades para el seguimiento diario del proceso. Luego de finalizado éste, la EA visitó en dos ocasiones más nuestro Hospital para seguir recabando información pendiente. Finalmente fuimos informados por la SIS que el informe se encontraba en condiciones de ser entregado con la cancelación de la segunda cuota, el 11 de diciembre del 2016.

El resultado fue inesperadamente alto: 95% con solo 5 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.

## Un proceso difícil

El largo camino recorrido no estuvo exento de dificultades. La mayor dificultad que se presentó durante la preparación para el proceso de acreditación, fue lograr comprometer al equipo directivo institucional para que respaldara el trabajo que se desarrolló durante este periodo. La entrega de recursos, tanto de infraestructura como recurso humanos, fue y ha sido escasa, considerando el nivel de complejidad que presenta la Institución con servicios altamente fraccionados, a lo que se sumó la falta de una cultura de calidad a nivel institucional y escaso compromiso del estamento médico en todas las actividades relacionadas. Los principales apoyos vinieron inicialmente de los estamentos de Enfermería y Matronería, quienes se sumaron incondicionalmente al desarrollo del trabajo. Luego le siguieron el resto de los profesionales. Otra dificultad fue el sumar a las unidades administrativas y técnicas de nuestro Hospital como RRHH, Mantenimiento, Equipamiento, etc., quienes con dificultad lograron comprender la importancia de trabajar alineados para lograr la acreditación de la Institución.

Una dificultad adicional que debilitó y dificultó el trabajo de la Dirección de Calidad, se presentó cuando la Dirección del Hospital decidió crear la Unidad de Mejora Continua, conformándola con las siguientes unidades: Calidad, Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), Reclamos, Servicio al Paciente, Unidad de Monitoreo y Auditoría Clínica, fragmentando el quehacer de la Dirección de Calidad y separándola de los aspectos de seguridad de los pacientes en una unidad distinta. La Dirección de Calidad trabajaría sola en lograr la acreditación sin considerar que para un buen desarrollo ambos temas son indisolubles. Esta afirmación se respalda en las indicaciones del MINSAL cuando en octubre del 2013<sup>(11)</sup> instruye la creación de las Oficinas de Calidad y Seguri-

dad de los pacientes y en las experiencias de otras instituciones de salud de alto prestigio nacional e internacional, en las cuales ambos aspectos —Calidad y Seguridad del Paciente— están a cargo de una misma unidad.

A pesar de las dificultades expuestas se empezó a sumar una masa importante de funcionarios que entendieron la importancia de este proceso, que trabajaron incansablemente, logrando avances significativos que culminaron en la exitosa acreditación institucional.

### **Proyecciones futuras**

Debemos mejorar el nivel de desarrollo alcanzado a la fecha, dando debido cumplimiento a las características no superadas en este proceso y seguir manteniendo el nivel de trabajo requerido para enfrentar un futuro proceso de reacreditación.

Se debe lograr la participación de más colaboradores en el desarrollo de una cultura institucional de calidad, aumentando el número de ellos con formación en calidad y así estaremos más alineados en búsqueda de la calidad y seguridad de la atención de nuestros pacientes, con el fin de presentarnos ante la comunidad y las aseguradoras como un centro de salud seguro y confiable en cuanto a las preprestaciones de servicios de salud.

A mediano plazo, nuestro Hospital en su calidad de centro formador de profesionales de la salud, debe constituirse como un polo de desarrollo en lo que a calidad y seguridad de atención se refiere.

### **Reflexiones**

Estamos seguros de que los progresos que presentamos, si bien fueron lentos, perdurarán en el espíritu de nuestros colaboradores y esto se ve reflejado en la atención que entregamos a nuestros usuarios. Estamos avanzando en otorgar cada vez prestacio-

nes de mayor calidad, poniendo en el centro de nuestro quehacer a los pacientes y a la vez, entregando atenciones más seguras para ellos.

Agradecemos a cada uno de los colaboradores que trabajaron incansablemente y tuvieron una destacada participación en concretar esta anhelada meta que vino a coronar un año 2016 lleno de logros institucionales: regularización de la autorización sanitaria en servicios claves como Imagenología, Esterilización, Diálisis, Neonatología, entre otros, así como por los dineros entregados por el MIN-SAL al apoyo de la formación de los especialistas que el país necesita.

Con la entrada en vigencia de la cuarta garantía, Calidad en la Atención, exigible para que un prestador pueda otorgar atenciones AUGE de patologías complejas, en Chile se ha marcado un punto de inflexión, asegurando: que nuestros prestadores, tanto públicos como privados, sean medidos de la misma manera y con un único instrumento; que la entidad acreditadora sea seleccionada por sorteo y certifique que nuestros prestadores son cada vez más seguros en la atención que entregan y que trabajan con un fin común que es la calidad asistencial; que los profesionales y técnicos que atienden a los pacientes se encuentran registrados en la SIS; que se trabaja con procedimientos establecidos para control de infecciones asociadas a la atención de salud, tratamientos desde el punto de vista médico y de enfermería más seguros, y que se activan los protocolos de manejo de las emergencias médicas que son ampliamente conocidos por el personal de la Institución, así como el trabajo con 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 los pacientes se someten a un sistema de priorización por gra-

vedad y que existen equipamientos e instalaciones seguras, entre muchos otros.

Finalmente, en nuestra comunidad hospitalaria tenemos plena satisfacción por un trabajo bien hecho. Hemos acreditado con un alto puntaje y en este largo camino hemos desarrollado una labor con una filosofía diferente, con mejora continua de nuestros procesos y con una cultura de calidad en desarrollo que lograremos con un gran y muy

enriquecedor trabajo interno mancomunado de los distintos equipos. La acreditación marca un punto de no retorno, por lo tanto, ahora no estamos culminando una etapa, sino que estamos iniciando un trabajo del que no estaremos ajenos nunca más. Se lo debemos a nuestros pacientes y es nuestra responsabilidad y deber ético continuar en esta línea de trabajo, sostener nuestra acreditación y continuar con nuestro compromiso para en tres años más lograr una exitosa reacreditación.

## 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. 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. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – Chile. Diciembre 2014.
5. Ley N° 19.937. Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Febrero de 2004.
6. Decreto con Fuerza de Ley N°1. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469. Abril de 2006.
7. Decreto Exento N°18. Aprueba los estándares generales que indica el sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud. Marzo de 2009.
8. Ley N° 19.966. Establece un régimen de garantías en salud. Septiembre 2004.
9. Decreto N°3. Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Marzo de 2016.
10. Decreto Supremo N°15. Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud. Julio de 2007.
11. Norma Técnica N°154 sobre Programa Nacional de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud. Septiembre de 2013.

### CORRESPONDENCIA



Dra. Andrea Sakurada Zamora  
Dirección de Calidad, Hospital Clínico  
Universidad de Chile  
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago  
Fono: 562 29788544  
E-mail: asakurada@hcuch.cl