



C U R S O

GESTIÓN DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN EN SALUD

**MÓDULO 01:
Introducción a la Gestión de Calidad en Salud**

Tabla de contenido

CONCEPTOS Y DEFINICIONES	3
HISTORIA Y CONCEPTOS.....	4
DEFINICIÓN DE SISTEMA DE SALUD.....	4
CONCEPTO Y DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL:	7
ENFOQUE SISTÉMICO DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	9
SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA.....	13
CHILE Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	14
MANUAL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN.....	16
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD	17
METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA.	18
CICLO DE MEJORAMIENTO PHVA	19
RESPONSABILIDADES.....	21

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Acciones Correctivas: Son las actividades que se llevan a cabo después de identificar deficiencias en los procesos de la organización, con el objetivo de mejorarlos.

Acciones de Innovación: Se refiere a acciones nuevas que buscan agilizar o eliminar actividades dentro de un proceso, sin cambiar el resultado deseado.

Acciones Preventivas: Son medidas tomadas para evitar deficiencias en la ejecución de procesos futuros.

Equipo de mejora: Grupo de personas que se reúnen para resolver un problema específico. Este equipo se forma por un período de tiempo determinado y debe incluir representantes de todas las áreas o servicios involucrados en el proceso que se desea mejorar.

Enfoque sistémico: Es un principio de la gestión de calidad que implica que todo trabajo se realiza bajo un enfoque de sistemas y procesos integrados.

Gestión de la calidad: Es el componente de la gestión institucional que establece y aplica la política de calidad, los objetivos y las responsabilidades dentro del sistema de gestión de la calidad, llevándose a cabo mediante la planificación, garantía y mejora continua de la calidad.

Herramientas de calidad: Son instrumentos que ayudan a organizar, medir, comparar y estructurar la información, facilitando así la comprensión de conceptos teóricos y la secuencia de procesos complejos, y permitiendo generar nuevas ideas para abordar las oportunidades de mejora que surjan.

Proceso: Conjunto de etapas sucesivas dentro de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que produce un resultado que añade valor de manera integral.

Proyecto: Conjunto organizado de acciones y procesos que, utilizando recursos predefinidos, logra resultados dentro de un plazo determinado.

Plan de acción: Documento estructurado que busca concretar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.

Sistema de Gestión de la calidad en salud: Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias (públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de atención y gestión).

Técnicas de calidad: Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora en los procesos.

Calidad: Hacer bien lo adecuado .

HISTORIA Y CONCEPTOS

DEFINICIÓN DE SISTEMA DE SALUD

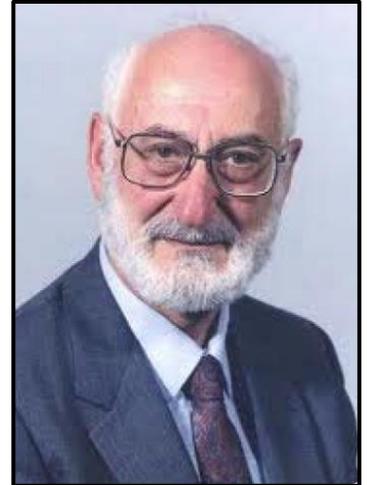
Según la Real Academia Española, un sistema se define como un "conjunto de elementos relacionados entre sí de manera ordenada que contribuyen a un objetivo determinado". En línea con esta definición, la OMS describe un sistema de salud como el "conjunto de organizaciones, personas y acciones cuyo objetivo principal es promover, restaurar o mantener la salud". Es importante resaltar que, además de este objetivo principal de "mejorar la salud", la OMS reconoce otros dos objetivos igualmente cruciales: responder a las expectativas de las personas mediante un trato digno y adecuado a los usuarios, y brindar protección financiera frente a los costos asociados con la mala salud. Estos tres objetivos no solo contribuyen a la salud de la comunidad, sino también a la equidad, la justicia y el respeto por la dignidad humana.

Por lo tanto, un buen sistema de salud sería aquel que ofrece servicios de calidad, responde a las necesidades de la población, protege contra riesgos financieros asociados a la enfermedad, y, al mismo tiempo, proporciona un trato digno a los usuarios. Sin embargo, equilibrar estos tres objetivos puede ser desafiante; por ejemplo, en Chile, existen críticas constantes y una mala evaluación del sistema de salud debido al alto costo de los servicios o a la mala calidad del trato, lo cual contrasta con los buenos resultados que se reflejan en los indicadores de salud de la población.

Avedis Donabedian, médico libanés y figura destacada en el ámbito de la calidad y seguridad asistencial, definió en 1980 que la "calidad en la atención" es aquella que puede proporcionar al usuario el mayor y más completo bienestar, considerando el balance entre beneficios y riesgos que pueden presentarse en todas las fases del proceso.

Precursor de la Calidad en Salud

- En 1966 Donabedian propone su teoría sobre el control de la calidad en la atención
- Establece que el compromiso de las organizaciones sanitarias es un imperativo ETICO
- Diseña un método sistemático para la evaluación de los principales elementos del cuidado medico
- Define los conceptos de Estructura/ Proceso / Resultado



Por otro lado, el Diccionario de la RAE define la calidad como el conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten valorarlo como igual, mejor o peor en comparación con otros de su misma especie. La calidad, junto con el precio, son las dos características de un producto o servicio que más valoran los consumidores.

En el ámbito de la atención a la salud, el Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM) define la calidad como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de que las personas y la población en general obtengan resultados de salud óptimos, de acuerdo con el conocimiento profesional disponible en ese momento.

Evolución del concepto de calidad

Control de Calidad	Técnicas de inspección en producción para evitar la salida de bienes defectuosos	Satisfacer las necesidades técnicas del producto
Aseguramiento de la Calidad	Sistemas y procedimientos de la organización para evitar que se produzcan bienes defectuosos	Satisfacer al cliente Prevenir errores Reducir costos Ser Competitivo
Calidad Total	Teoría de la Administración empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente	Satisfacer tanto al cliente externo como interno Ser altamente competitivo Mejora continua

En resumen, la calidad es el grado en que lo que un cliente espera, basado en sus expectativas y necesidades, se aproxima a la atención que recibe, tomando en cuenta el conocimiento, la tecnología y los recursos disponibles.

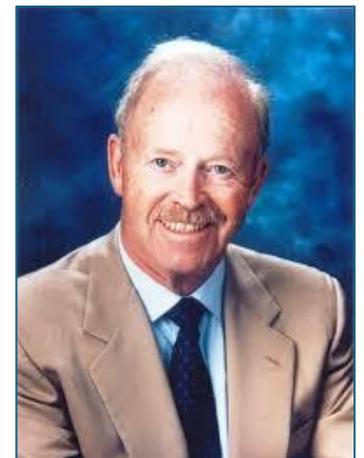


Philip B Crosby

Empresario Estadounidense (1926-2001) contribuyó a la Teoría Gerencial y a las prácticas de la gestión de la calidad, Crosby inició el programa “Cero errores” (18) en una planta de compañía San Martin en Orlando , Florida , como gerente de control de calidad del programa de Misiles Pershing , Crosby se acreditó con un 25 por ciento de reducción en tasa de retorno y 30 por ciento de reducción de costos. La respuesta de Crosby a la crisis de calidad fue el principio de “Hacerlo correctamente la primera vez” incluyó sus cuatro principios básicos:

- Calidad significa el cumplimiento de los requisitos del cliente.
- El rendimiento estándar es igual a cero defectos.
- Los resultados de Calidad provienen de la prevención.
- La Calidad se mide por el costo de la no Calidad.

Así pues, la calidad no debe ser entendida como un coste, sino como una vía para alcanzar la excelencia. Obviamente, esto requerirá de un esfuerzo en términos de tiempo, experiencia, formación e inversión. Pero, una vez alcanzada (la calidad), los costes que se desprendan de ella serán cero.



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”

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, precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite “

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.

Concepto y Dimensiones de la calidad asistencial:

En lo que respecta a la calidad asistencial, se pueden identificar al menos tres componentes clave:

- **Factor científico-técnico:** Se refiere a la aplicación del mejor conocimiento disponible, teniendo en cuenta los medios y recursos que se tienen a disposición.
- **Factor percibido:** Este componente está relacionado con la satisfacción de los pacientes en cuanto a la atención recibida, los resultados obtenidos y el trato proporcionado.

- **Factor institucional o corporativo:** Está vinculado a la imagen que un centro de salud proyecta en la comunidad a la que presta servicios.

En resumen, dar significado al concepto de calidad requiere definir dimensiones que permitan su evaluación y establecer pautas para mejorar cada una de ellas. La calidad en salud es medible y, por lo tanto, evaluable. Desde esta perspectiva, en cualquier análisis que involucre la calidad asistencial, es importante considerar las diversas dimensiones que, en conjunto, nos proporcionan un enfoque sistémico. Estas dimensiones son:

- **Efectividad:** La capacidad de un procedimiento o tratamiento para alcanzar los objetivos establecidos.
- **Eficiencia:** Lograr la máxima calidad de cuidados utilizando los recursos disponibles.
- **Accesibilidad o facilidad:** La capacidad de acceder a la atención de salud superando barreras económicas, geográficas, culturales, entre otras.
- **Continuidad:** Garantizar que la atención se provea de manera ininterrumpida y coordinada entre distintos proveedores e instituciones.
- **Oportunidad:** La prestación de servicios en el momento en que el usuario realmente lo necesita.
- **Aceptabilidad o satisfacción del usuario:** Se refiere al grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida.
- **Equidad:** Distribución justa de los servicios de salud, asegurando que personas con la misma patología tengan igual acceso a tecnologías y competencias profesionales, independientemente de otros factores (sociales, geográficos, económicos).
- **Seguridad:** Minimizar el riesgo de daño asociado a la atención sanitaria a un nivel aceptable.
- **Competencia profesional:** La capacidad del equipo de salud para resolver problemas de salud y satisfacer las necesidades de los usuarios.

Dada su relación e impacto en el resto de las dimensiones, la seguridad y la atención centrada en el paciente son consideradas dimensiones transversales de la calidad. La relación entre las acciones dirigidas a la mejora de la calidad en general y la seguridad del paciente en particular no siempre es clara. Mientras que la búsqueda de la calidad implica elevar el nivel de atención sanitaria, la seguridad se enfoca en garantizar una base sólida para la actividad asistencial.

Aunque todas las dimensiones de la calidad son importantes, en los últimos años la seguridad ha recibido especial atención debido al gran impacto que tiene en la salud de los usuarios los eventos relacionados con ella y la necesidad de los sistemas de salud de proporcionar atenciones más seguras identificando eventos adversos que pueden ser prevenibles.

La seguridad en la atención al paciente se define como un proceso que asegura que tanto el prestador como el usuario conozcan los riesgos de los eventos adversos, eliminando aquellos innecesarios y previniendo los evitables basándose en evidencia científica demostrada (Ministerio de Salud de Chile, 2012).

Un evento adverso es una situación inesperada relacionada con la atención sanitaria que provoca consecuencias negativas para el paciente y que no está vinculada al curso natural de la enfermedad.

Un evento centinela es un evento adverso grave que causa incapacidad severa, secuelas físicas o psicológicas, e incluso la muerte del paciente.

Por ejemplo, un evento adverso podría ser la descompensación de un paciente hospitalizado debido a la administración incorrecta de un medicamento endovenoso, lo que genera una reacción alérgica que prolonga su hospitalización por la necesidad de nuevas intervenciones terapéuticas. En el caso de un evento centinela, podría tratarse de un paciente adulto mayor que, al estar solo, cae desde la camilla del Servicio de Urgencias, fracturándose la cadera y requiriendo hospitalización y cirugía.

Es fundamental considerar el impacto de estos eventos en la salud del paciente al clasificarlos.

Enfoque sistémico de la gestión de la calidad

Existen diversos modelos para aplicar la gestión de calidad en cualquier organización, y entre los elementos comunes se encuentran:

- **Enfoque en la satisfacción del cliente** como el eje de todas las actividades de la organización.
- **Búsqueda de resultados que aporten valor al cliente.**
- **Liderazgo y coherencia en los objetivos.**
- **Implicación y trabajo en equipo** de todas las personas de la organización.
- **Gestión por procesos.**
- **Aprendizaje, innovación y mejora continua.**
- **Desarrollo de alianzas.**
- **Responsabilidad social.**
- **Rendición de cuentas.**

¿Por qué es relevante la seguridad del paciente?

La responsabilidad principal de quienes ofrecen servicios de salud, ya sean individuos o instituciones, es "no causar daño" y asegurarse de que los beneficios de una intervención en salud superen sus riesgos. Sin embargo, a lo largo de la historia, el daño resultante de la atención sanitaria ha sido una constante.

En el siglo XIX, los hospitales eran considerados "lugares peligrosos", donde los pacientes se encontraban más seguros en sus hogares que ingresados. Con el tiempo, el avance de la ciencia y la tecnología fortaleció la medicina, y tanto los usuarios como los profesionales asumieron que toda atención médica era, por definición, segura.

Los resultados adversos y no deseados se consideraban como complicaciones inevitables, determinadas por la condición y las comorbilidades del paciente, y causar daño se veía como un hecho aislado y casi anecdótico.

El cambio de paradigma en los modelos de atención en salud comenzó a gestarse en las décadas de 1980 y 1990. En 1999, se publicó un informe contundente que marcó un antes y un después en la forma de entender la atención a los pacientes. El Instituto de Medicina de Estados Unidos difundió el informe "Errar es Humano", que comenzaba citando casos reales ocurridos en Estados Unidos que habían captado la atención pública.

El informe identificaba pacientes que ingresaron a hospitales en busca de tratamiento y fueron víctimas de eventos adversos graves, como una paciente fallecida por una sobredosis de quimioterapia, un paciente que sufrió la amputación de la pierna equivocada y un niño de 8 años que murió durante una cirugía menor debido a una mezcla incorrecta de medicamentos.

El informe señaló que estos casos eran solo la punta del iceberg, ya que por cada caso reportado y conocido, probablemente había muchos más que pasaban desapercibidos o que, a pesar de causar daño, se consideraban incidentes fortuitos y no prevenibles.

A partir de este informe, la atención insegura y el daño al paciente comenzaron a ser vistos como el resultado de múltiples fallas en la organización y coordinación de los sistemas de salud, más que como errores individuales. Esta visión sistémica de la ocurrencia de eventos adversos en salud se convirtió en un enfoque clave para la implementación de prácticas seguras.

Los primeros estudios que describieron la epidemiología de los eventos adversos, y que de alguna manera impulsaron el informe "Errar es Humano", revelaron que la frecuencia de eventos adversos en las hospitalizaciones oscilaba entre el 2,9% y el 3,7%, y que entre el 6% y el 13% de estos casos resultaban en la muerte del paciente. Al extrapolar estos datos a las 33,6 millones de admisiones hospitalarias en Estados Unidos en 1993, se estimó que al menos 44.000 personas morían cada año como consecuencia directa de eventos adversos en la atención sanitaria, llegando a cifras de hasta 98.000 muertes anuales, situando a la atención en salud como una de las principales causas de muerte, superando incluso a los accidentes de tránsito, el cáncer de mama o el SIDA.

Además del impacto en la salud y el daño que un evento adverso puede causar al paciente y su familia, la dimensión económica añade importancia a esta problemática. Dado que los recursos en salud son siempre limitados, se estimó que los costos relacionados con eventos adversos oscilaban entre 17.000 y 19.000 millones de dólares.

Recientemente, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) publicó el informe "La Economía de la Seguridad del Paciente", en el que se indica que un 15% de los gastos hospitalarios en los países de la OCDE pueden atribuirse al manejo y tratamiento de fallas de seguridad, sumando trillones de dólares si se consideran los costos por pérdida de productividad y discapacidad de las personas afectadas. Por ejemplo, el costo anual de los eventos adversos en Inglaterra equivalía al gasto necesario para contratar a 2.000 médicos generales o 3.500 enfermeras en hospitales. El daño al paciente se estima actualmente como la 14ª causa de muerte a nivel mundial, comparable en carga de enfermedad con patologías como la tuberculosis, la malaria, la esclerosis múltiple y algunos tipos de cáncer.

Lo más importante es que podemos tomar medidas al respecto. Se han identificado los eventos adversos más comunes, y todos ellos son prevenibles desde la perspectiva de una organización que opera con una cultura de seguridad. Estos eventos incluyen infecciones asociadas a la atención sanitaria, enfermedad tromboembólica, úlceras por presión, errores relacionados con la medicación y errores o retrasos en el diagnóstico.

En Chile, no existen estudios nacionales que revelen la frecuencia de estos eventos, aunque algunas investigaciones se han realizado en servicios clínicos específicos. Por ejemplo, en Inglaterra, un estudio prospectivo en atención primaria reveló que ocurrían al menos 8 eventos adversos por cada 10.000 consultas. Si aplicamos esta incidencia a Chile, donde en 2013 se realizaron 15.293.792 consultas de atención primaria, esto reflejaría la ocurrencia de 122.350 eventos adversos en ese año.

Finalmente, el camino que ha seguido nuestro país para mejorar las condiciones de seguridad en la atención sanitaria ha estado en línea con las recomendaciones del informe "Errar es Humano" y ha sido reafirmado por numerosos organismos internacionales, como la OCDE. Esto ha llevado a establecer estándares para mejorar la seguridad, haciendo de la acreditación una política de salud pública.

La Real Academia Española ofrece dos definiciones de "seguridad" que son relevantes en el contexto clínico: la cualidad de ser seguro y la obligación de indemnizar a favor de alguien. La primera se refiere a estar libre de todo peligro, daño o riesgo, mientras que la segunda implica la responsabilidad de garantizar esa exención de peligro, daño o riesgo.

En el ámbito de la salud, y especialmente en la seguridad clínica, no se puede ser categórico, ya que prácticamente ninguna intervención sanitaria es completamente inocua. La única forma de evitar riesgos en la atención sería no proporcionar tratamiento, lo que obviamente conllevaría otros riesgos.

La historia de los esfuerzos por mejorar la seguridad en la atención sanitaria es la historia de la medicina y otras ciencias de la salud. El Código de Hammurabi, el aforismo atribuido a Hipócrates de "primum non nocere", y las contribuciones de Florence Nightingale y Ernest Coodman son célebres en este sentido.

Más recientemente, informes como "To Err is Human" y "Crossing the Quality Chasm" del Instituto de Medicina, así como iniciativas de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea y otras, han

subrayado un hecho: la atención sanitaria no es tan segura como podría ser, y es necesario hacer esfuerzos para mejorarla.

En el documento "Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente" de la Organización Mundial de la Salud, se define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios a un mínimo aceptable. Este mínimo depende del conocimiento del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, considerando el riesgo de no brindar tratamiento o de optar por otro.

Respuesta de la OMS

Acción mundial en pro de la seguridad del paciente

Reconociendo que la seguridad de los pacientes es una prioridad de salud mundial y un elemento fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud necesario para alcanzar la cobertura sanitaria universal, la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó en mayo de 2019 la resolución WHA72.6 relativa a la acción mundial en pro de la seguridad del paciente, en virtud de la cual se estableció el Día Mundial de la Seguridad del Paciente.

En la resolución se pidió al Director General que hiciera hincapié en la seguridad del paciente como prioridad estratégica fundamental de la labor de la OMS en el programa relativo a la cobertura sanitaria universal, que ratificara la celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente todos los 17 de septiembre y que elaborase un plan de acción mundial para la seguridad del paciente, en consulta con los Estados Miembros de la Organización y con todos los asociados y las partes interesadas pertinentes.

A lo anterior se suman iniciativas como:

Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030, el que establece un marco de actuación para que las principales partes interesadas aúnen esfuerzos y apliquen iniciativas para proteger a los pacientes de forma integral, con el fin de evitar los daños evitables durante la atención de salud, de tratar de que nadie sufra daños por este motivo y de que todos los pacientes reciban una atención segura y respetuosa, en todo momento y en todo lugar.

Día Mundial de la Seguridad del Paciente, desde 2019, el 17 de septiembre de cada año se celebra en todo el mundo el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, con el que se hace un llamado a todos los países y asociados internacionales en favor de la solidaridad mundial y de la adopción de medidas concertadas para avanzar en esta esfera.



Iniciativa emblemática «Decenio de la seguridad del paciente 2020-2030» de la OMS, donde la OMS puso en marcha la iniciativa emblemática “Una década de la Seguridad del Paciente: 2021-2030” para orientar y apoyar la acción estratégica en esta esfera a nivel mundial, regional y nacional. Con ese fin, se ayuda a aplicar el Plan de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2021-2030.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

Al analizar el concepto de salud hace ya algunos años, M. Terris criticaba por utópica, estática y poco operativa la definición de la salud de la OMS, como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de la enfermedad”. En tal sentido, destaca dos hechos relevantes:

- Más que salud y enfermedad como hechos diferentes, debería hablarse de un “continuo salud-enfermedad” en constante equilibrio, sobre el que influyen múltiples determinantes sanitarios y no sanitarios, que inclinan la balanza hacia uno u otro lado.
- La salud, más que un fin en sí mismo, debería concebirse como un recurso para la vida. En la misma línea podríamos afirmar que seguridad e inseguridad del paciente no es una variable dicotómica, sino un "continuo dinámico" consecuencia de la interacción de múltiples actuaciones de los profesionales y el sistema en el que trabajan. La seguridad del paciente no reside aisladamente en un profesional excelente, una tecnología de última generación o un departamento a cargo de su control y mejora.

Mejorar la seguridad depende de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema.

La Seguridad del Paciente es, por todo ello, un espacio común de trabajo para gestores, profesionales y pacientes. Algo que además de preocuparnos, nos debe de ocupar. Es un síntoma de dos síndromes: el síndrome de la calidad y el síndrome de la responsabilidad profesional.

Implicación de los pacientes en su propia seguridad

Cada día miles de pacientes sufren daños en la atención sanitaria.



Alcemos la voz por la seguridad del paciente!

 Organización Mundial de la Salud
  Día Mundial de la Seguridad del Paciente
17 de septiembre de 2019

CHILE Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El sistema de salud chileno se ha destacado por ofrecer, con recursos bastante limitados, una de las mejores atenciones sanitarias entre las economías emergentes, especialmente en América Latina. Esto se refleja en los indicadores de esperanza de vida, morbilidad materna e infantil, entre otros. Con el tiempo, además de los avances en cobertura y en indicadores epidemiológicos, se ha incorporado el concepto de calidad en la atención, especialmente a partir de la última reforma de salud, que en 2004 estableció la Ley N°19.966 del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

Las Garantías Explícitas en Salud deben ser proporcionadas tanto por FONASA como por las ISAPRES a todos los asegurados que presenten alguno de los problemas de salud incluidos en el Decreto GES vigente (al 2024, este decreto garantiza la atención de 87 problemas de salud).

- **Acceso:** FONASA e ISAPRES deben asegurar que todos los usuarios tengan acceso a las prestaciones GES.
- **Calidad:** Las atenciones cubiertas por el GES deben ser brindadas por profesionales de salud registrados ante la Superintendencia de Salud y por instituciones acreditadas.

- **Oportunidad:** Se garantiza el cumplimiento de plazos específicos para diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de las patologías incluidas en el GES.
- **Protección financiera:** Se establece un límite en el pago de las prestaciones, para proteger a los usuarios de incurrir en gastos mayores.

Las enfermedades, condiciones de salud o patologías incluidas en el GES han sido seleccionadas por su frecuencia e impacto en la población (carga de enfermedad).

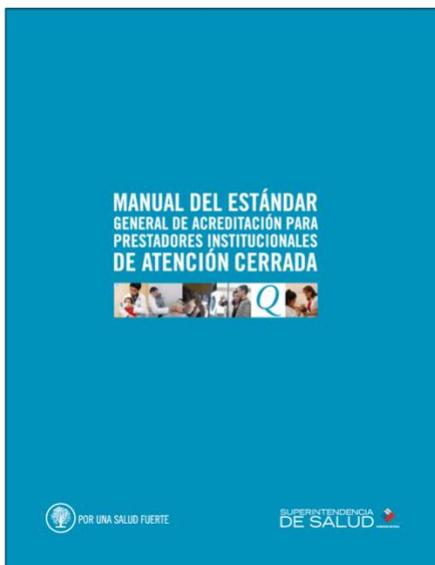
El hecho de que la ley establezca una garantía de calidad para ciertas prestaciones de salud, obligando a las instituciones a acreditarse, es una iniciativa pionera en Latinoamérica en el ámbito de la seguridad y la calidad asistencial.

MANUAL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN

Un estándar es una declaración formal, explícita y consensuada que define el nivel óptimo de calidad que se debe alcanzar en la actividad en la que se aplica. Algunos ejemplos de estándares son:

- "Todos los profesionales que trabajan en la institución deben estar registrados en la Superintendencia de Salud."
- "Debe existir una política de investigación en seres humanos conocida por todos los profesionales de la institución."
- "Se categoriza a todos los pacientes que acuden a Urgencias según su riesgo clínico."
- "Al menos el 80% de los pacientes reciben tratamiento conforme a un protocolo."

Los estándares de calidad del modelo chileno se organizan en "Ámbitos", que definen las intenciones de las políticas institucionales en relación con la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Cada ámbito se desglosa en requisitos más específicos llamados "Características", que son exigencias verificables por la Entidad Acreditadora en el terreno. Algunas de estas características son obligatorias para alcanzar el estado de acreditado. Por ejemplo, el estándar para prestadores de atención cerrada incluye 106 características, de las cuales 30 son obligatorias para prestadores de alta y mediana complejidad.



MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD

El concepto de mejora continua surgió en el siglo XX, inspirado por las compañías japonesas que buscaban mayor eficiencia y mejores resultados en sus operaciones.

La mejora de los servicios de salud es uno de los principales objetivos del sistema de salud, aunque no es el único.

El plan de mejora continua se concibe como un conjunto de proyectos planificados, organizados y jerarquizados en una secuencia, cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento. También busca mejorar los procesos técnico-administrativos, alcanzar estándares de calidad técnica, garantizar la seguridad del paciente, mejorar la percepción de la calidad y optimizar la organización de los servicios, mediante la implementación de proyectos de intervención que beneficien la salud de la población.

Los proyectos de mejora continua son actividades interrelacionadas que buscan satisfacer necesidades o resolver problemas específicos en determinados servicios, dentro de los límites de un presupuesto y un período de tiempo, y forman parte del Plan de Mejora Continua.

Este proceso debe ser visto como una forma de autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, involucrándolo en las actividades. Consiste en identificar permanentemente aspectos del proceso que sean susceptibles de mejora, con el fin de hacer los ajustes necesarios y superar las expectativas de los clientes.

Implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en un esfuerzo constante de mejora. Aunque las mejoras aisladas pueden ser pequeñas, el proceso genera resultados significativos a lo largo del tiempo y constituye un modelo de bajo riesgo.

El enfoque se centra en convertir la mejora de los procesos en parte de la cultura organizacional, trabajando en las personas, su estado de ánimo, la comunicación, la formación, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para mejorar los resultados. El fracaso en alcanzar los resultados deseados indica una falla en el proceso, y es responsabilidad de la jefatura identificar y corregir esos errores.

Dada su importancia, es necesario fortalecer los esfuerzos que se han venido desarrollando para implementar este enfoque en las entidades de salud, permitiendo así mostrar evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención, que sean percibidas positivamente tanto por la población como por la institución.

Metodología para la elaboración de proyectos de mejora.

La **importancia de la metodología** en la elaboración de proyectos de mejora en salud radica en que ofrece un **enfoque estructurado y sistemático** que permite identificar, planificar, ejecutar, y evaluar acciones para optimizar los servicios de salud. A través de una metodología clara, se puede garantizar que los cambios implementados sean efectivos, sostenibles y basados en la evidencia. Algunos aspectos clave que resaltan su importancia se destacan a continuación:

Optimización de Recursos:

La aplicación de una metodología permite una planificación eficiente de los recursos disponibles (humanos, financieros y tecnológicos). En el contexto de salud, donde los recursos son limitados y las necesidades son muchas, una correcta gestión asegura que estos se usen de la mejor manera posible.

Toma de Decisiones Basada en Datos:

Los proyectos de mejora en salud requieren decisiones informadas para asegurar que las intervenciones generen el mayor impacto. Una metodología ayuda a recopilar, analizar e interpretar datos de manera rigurosa, lo que permite identificar problemas reales y evaluar el éxito de las soluciones propuestas.

Mejora Continua:

Muchas metodologías incluyen ciclos de mejora continua (como el ciclo PHVA), lo que permite que los proyectos no solo solucionen problemas inmediatos, sino que también fomenten la adaptación y mejora constante de los procesos, garantizando la calidad a largo plazo.

Reducción de Riesgos y Errores:

En el ámbito de la salud, los errores pueden tener graves consecuencias para los pacientes. Aplicar una metodología reduce el riesgo de fallos en la implementación de mejoras, ya que proporciona un marco para prever, evaluar y corregir posibles problemas antes de que ocurran.

Evaluación y Monitoreo:

Una metodología incluye mecanismos para evaluar el impacto de las mejoras implementadas. Permite establecer indicadores claros que miden la efectividad del proyecto, como mejoras en la calidad de la atención, reducción en tiempos de espera o disminución de errores clínicos. Este monitoreo constante asegura que los cambios sean medibles y ajustables si es necesario.

Estandarización y Sostenibilidad:

Los proyectos de mejora que se basan en metodologías sólidas tienden a generar cambios que pueden ser replicados y estandarizados en diferentes áreas o instituciones. Esto es fundamental en salud, ya que garantiza que las mejoras se mantengan en el tiempo y puedan ser aplicadas en otros contextos similares.

Enfoque Centrado en el Paciente:

La metodología asegura que los proyectos de mejora no solo se centren en los procesos internos, sino también en los resultados que afectan directamente a los pacientes. Esto incluye mejoras en la atención, satisfacción del paciente y resultados de salud.

Facilita la Colaboración Interdisciplinaria:

Los proyectos de mejora en salud suelen requerir la colaboración de múltiples actores (médicos, enfermeras, gestores, técnicos). Una metodología organizada fomenta la comunicación y el trabajo en equipo, asegurando que todas las partes involucradas contribuyan de manera efectiva al proyecto.

En resumen, la metodología en proyectos de mejora en salud es fundamental para asegurar un enfoque planificado, eficiente y basado en la evidencia, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios y optimizar los recursos, siempre con un enfoque centrado en el bienestar de los pacientes.

Ciclo de Mejoramiento PHVA

Una manera efectiva de representar el enfoque de la mejora continua es mediante el ciclo de mejoramiento o PHVA (también conocido como ciclo de Shewart, Ciclo de Deming, o Ciclo PDCA). Este método gerencial básico constituye la base del modelo de auditoría para mejorar la calidad de la atención en salud.

1. **Planear (P):** Esta fase se divide en dos etapas. La primera etapa consiste en identificar las metas (qué se quiere lograr). La segunda etapa se enfoca en definir los medios (cómo se alcanzarán esas metas), es decir, las estrategias y métodos necesarios para lograr los objetivos.
2. **Hacer (H):** Esta es la fase en la que se ejecutan los medios definidos en la fase de planificación. A su vez, esta fase tiene dos etapas: la primera se centra en capacitar a las personas en los métodos establecidos para alcanzar las metas; la segunda implica la implementación formal de lo planificado, además de la recolección de datos.
3. **Verificar (V):** En esta fase se lleva a cabo la verificación de los resultados obtenidos. Se evalúa el comportamiento de los indicadores construidos y se aplican métodos de evaluación de la calidad, incluidos los que forman parte de la auditoría para la mejora de la calidad, con el fin de validar la ejecución de la etapa anterior basándose en los datos recogidos.

4. **Actuar (A):** En esta última fase se toman medidas basadas en todo el proceso. Hay dos opciones principales: si se han alcanzado las metas, es necesario estandarizar la ejecución para mantener los resultados del proceso. Si no se ha cumplido con la meta, es necesario corregir y ajustar el proceso, para repetir el ciclo hasta que se logre la meta.



Responsabilidades

La prestación de servicios asistenciales en salud abarca la entrega de intervenciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos. El sistema de salud chileno es mixto, incluyendo tanto el sector público como el privado, en términos de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

En el sector público, el prestador principal es el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que abarca la atención primaria de salud (APS), centros de nivel secundario y terciario, y otros establecimientos con convenio con el sector público, integrando así la red asistencial pública. Esta red atiende preferentemente a los beneficiarios de Fonasa y PRAIS, aunque también puede atender a usuarios de Isapre en lugares como los SAPU.

Por su parte, los proveedores privados están conformados por una variedad de establecimientos, tales como centros de salud, clínicas, consultas, laboratorios y centros de imagenología, que atienden a la población inscrita en ISAPRES y a beneficiarios de Fonasa a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE) o mediante convenios institucionales.

La rectoría de todo el sector, tanto público como privado, es ejercida por el Ministerio de Salud, cuyas funciones en relación con la provisión de servicios asistenciales incluyen:

- Establecer protocolos para la atención en salud.
- Asegurar la efectiva coordinación de las redes asistenciales.
- Definir estándares mínimos que los prestadores institucionales deben cumplir para garantizar la calidad de las prestaciones.
- Implementar un sistema de acreditación para los prestadores institucionales.
- Desarrollar un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades para los prestadores individuales de salud, como enfermeros, kinesiólogos, médicos, entre otros.

La supervisión y fiscalización de estas funciones recaen en las Seremis de Salud y la Superintendencia de Salud. Las Seremis son responsables de otorgar la autorización sanitaria para las instalaciones y el funcionamiento de los prestadores institucionales, además de fiscalizar su adecuado funcionamiento.

Por otro lado, la Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, administra el Sistema Nacional de Acreditación, autoriza y supervisa a las entidades acreditadoras, y garantiza que los prestadores institucionales mantengan los estándares por los que fueron acreditados. También mantiene registros públicos de los prestadores institucionales acreditados y de los prestadores individuales habilitados legalmente.

Esta acreditación es obligatoria para los prestadores que brindan atención a patologías incluidas en el régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES), cumpliendo así con la garantía de calidad establecida en dicho régimen. La fiscalización de los procesos de acreditación y el mantenimiento de los estándares en los laboratorios clínicos es responsabilidad del Instituto de Salud Pública (ISP).

Bibliografía

- Plan de mejora continua ,Hospital San Juan de Luringancho [Internet] Peru, from https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/Presentacion/Documentos/PLANES/2018/PLAN_EQUIPO_MEJORA_CONTINUA_CALIDAD.pdf
- Alliance for Health Policy and Systems Research - WHO. Systems thinking for health systems strengthening [Internet]. Don de Savigny and Taghreed Adam, editor. 2009. 112 p. Available from: [http:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895_eng.pdf;jsessionid=C6B4FD-203D8738F5BD82A5C10DA0541A?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895_eng.pdf;jsessionid=C6B4FD-203D8738F5BD82A5C10DA0541A?sequence=1) .
- <https://sceptgu.eco.catedras.unc.edu.ar/unidad-1/evolucion/philip-b-crosby/>
- World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000. 215 p. Available from: <https://www.who.int/whr/2000/en/>
- World Health Organization. Health Policy and Systems Research [Internet]. Gilson L, editor. World Health Organization; 2012. Available from: https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_reader.pdf .
- Ayanian J , Markel H, . Donabedian’s Lasting Framework for Health Care Quality. N Engl J Med 2016; 375:205-207.
- WHO working group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care 1989; 1: 79-95.
- . Net A, Suñol, R. La Calidad de la Atención. Disponible en: www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.
- 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.
- Organización Mundial de la Salud (OMS).Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. 2009. Disponible: www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- 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/recursos/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf f.
- Kohn, L. T. Donaldson, M. S. & Corrigan, J. M (Eds.). To err is human: building a safer health system. National Academies Press;

