

Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

/ LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS / TÍTULO I. Generalidades / C. Indicadores de calidad y acreditación de centros asistenciales

C. Indicadores de calidad y acreditación de centros asistenciales

1. Indicadores de calidad de la atención de salud al trabajador

Los organismos administradores deberán establecer por escrito los indicadores de calidad que utilizarán para el adecuado control del otorgamiento de las prestaciones médicas, para cada uno de los niveles de complejidad de sus centros asistenciales, es decir, desagregados de acuerdo a las siguientes categorías: centros hospitalarios, incluidas las clínicas regionales, centros de atención ambulatoria y otras subcategorías que estimen pertinentes.

Los indicadores de calidad definidos, y que deben ser reportados al Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), son los siguientes:

- a) Tasa de reclamos por prestaciones médicas (hospitalaria, de urgencia y ambulatoria);
- b) Tasa de reclamos por tiempo de espera;
- c) Postergación de cirugías;
- d) Reingreso de casos con alta inmediata, y
- e) Tiempo de espera en primera atención.

Los resultados de estos indicadores deben ser analizados y si hubiere brechas que abordar, el organismo administrador deberá elaborar un plan de mejoras, con la designación de responsables y el plazo para su ejecución.

El resultado de los indicadores, así como el informe de brechas y el plan antes señalado, deberán ser reportados a la Superintendencia de Seguridad Social, el 31 de marzo de cada año, o el día hábil siguiente, referido al año anterior. La información requerida deberá ser enviada a través del Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), de acuerdo a lo instruido en el Título II, Libro IX.

2. Indicadores de seguimiento de casos

Los organismos administradores y administradores delegados deberán establecer indicadores que permitan realizar el seguimiento de todos los casos ingresados por enfermedad profesional y de los casos graves ingresados por accidentes del trabajo o de trayecto. Para estos efectos, se entenderá por "casos graves" aquellos en que los accidentados requieren hospitalización.

Estos indicadores deben permitir monitorizar la coordinación interdisciplinaria para el tratamiento y rehabilitación del trabajador accidentado o enfermo, según se requiera (especialidades médicas, cirugías, terapia ocupacional, salud mental, kinesiología, fonoaudiología, trabajo social, entre otros), los controles a nivel local, responsables y plazos, para vigilar que las prestaciones sean otorgadas de un modo adecuado y oportuno.

Los resultados de estos indicadores deben ser analizados anualmente y en caso de detectar brechas, el organismo administrador o administrador delegado deberá elaborar un plan de mejoras, con la designación de responsables y el plazo para su ejecución.

El resultado de los indicadores, el informe de brechas y el plan señalado en el párrafo anterior, deberán ser reportados a la Superintendencia de Seguridad Social, el 31 de marzo de cada año, o el día hábil siguiente, todo en referencia a la evaluación del año calendario anterior. La información requerida deberá ser enviada a través del Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), de acuerdo a lo instruido en el Título II, Libro IX.

Para este efecto, los organismos administradores y administradores delegados deberán enviar a la aprobación de la Superintendencia de Seguridad Social, una propuesta conjunta de indicadores.

3. Acreditación en garantías de calidad en salud de centros asistenciales

Los organismos administradores deberán acreditar sus centros asistenciales ante la Superintendencia de Salud, en conformidad con lo establecido en la Ley N°19.966, del Ministerio de Salud, de acuerdo al plan presentado por cada uno de los organismos y aprobado por este Servicio.

Al respecto, se deberá informar anualmente a la Superintendencia de Seguridad Social, durante el mes de enero de cada año, los avances logrados en el proceso de acreditación.

Los centros de atención que por sus características propias no sean parte del plan de acreditación regulado por la Superintendencia de Salud, deberán cumplir, a lo menos, con los siguientes estándares de calidad:

- a) Contar con las respectivas autorizaciones sanitarias, de acuerdo a la cartera de prestaciones de la agencia;
 - b) Efectuar la gestión de reclamos conforme a la normativa vigente;
 - c) Entregar información médica al paciente;
 - d) Contar con el mural establecido en el Título III del Libro VII;
 - e) Contar con la carta de derechos y deberes de los pacientes establecida en el artículo 8° de la Ley N°20.584;
 - f) Poseer un procedimiento para enfrentar emergencias;
 - g) Contar con un sistema de derivación de aquellas urgencias que excedan su capacidad de resolución;
 - h) Cumplir con los requisitos de certificación de títulos de sus profesionales y técnicos;
 - i) Contar con una ficha clínica única para cada paciente, de acuerdo a lo dispuesto en la Letra D del presente Título I, y
 - j) Efectuar mantención preventiva de sus equipos críticos.
-