



II Jornadas de Actualización en Nutrición y Alimentos UCM

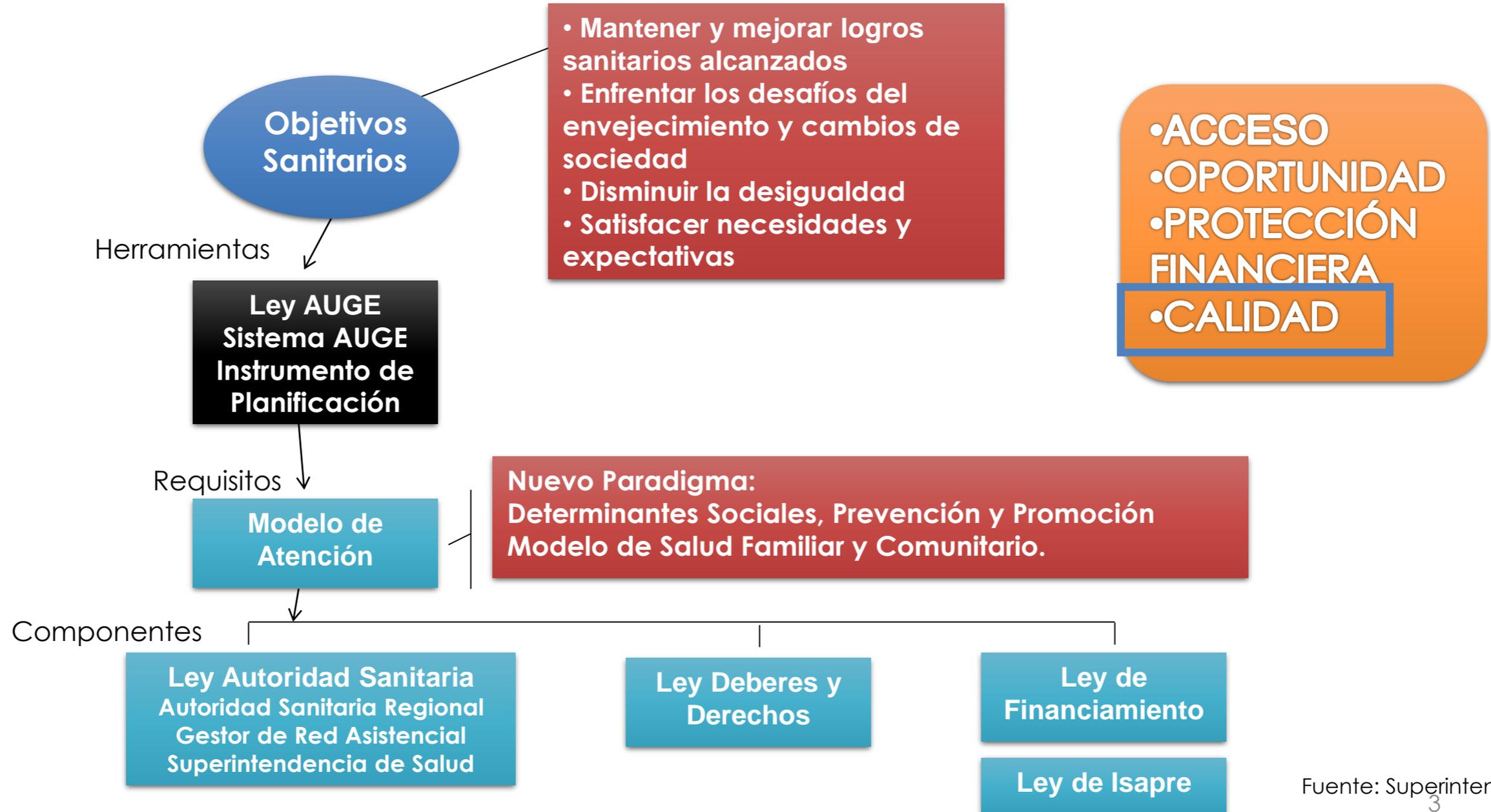
Implementación del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención primaria

Sandra Muñoz Huaracán
Nta Mg SGIC
Académico Escuela Nutrición y Dietética UCM
smunoz@ucm.cl
10 de Mayo del 2019

Acreditación



Reforma de Salud en Chile



Garantía de Calidad



“... aquel nivel en el cual los establecimientos y los profesionales otorgan sus prestaciones garantizando la seguridad de sus pacientes” (Superintendencia de Salud, 2008).

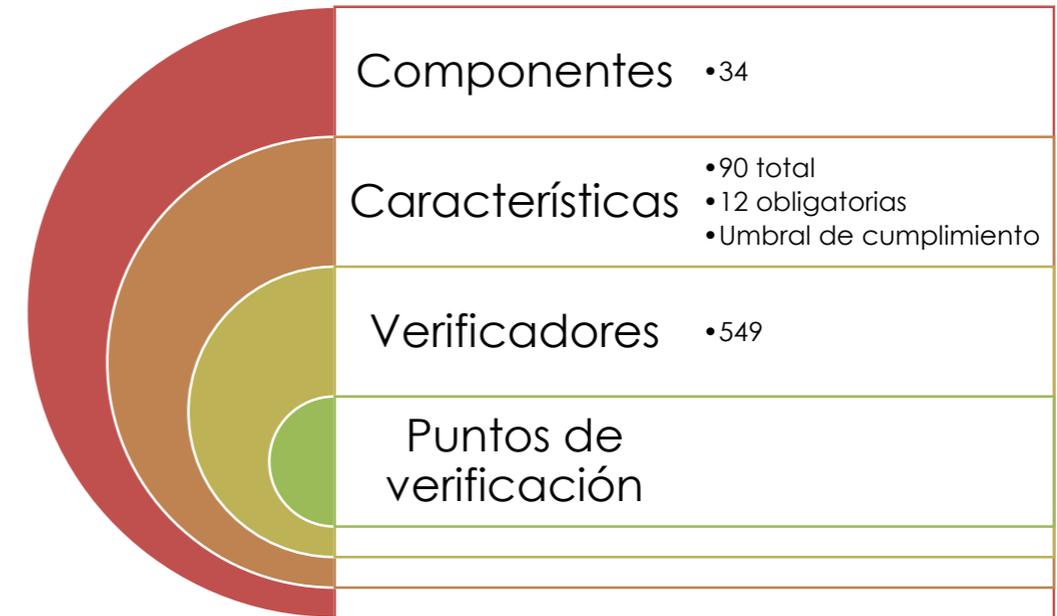
Pauta de acreditación

Aplicable a
CESFAM



Á
M
B
I
T
O
S

- Respeto a la dignidad del paciente.
- Gestión de la calidad.
- Gestión clínica.
- Acceso, oportunidad y calidad de la atención.
- Competencias del recurso humano.
- Registros.
- Seguridad del equipamiento.
- Seguridad de las instalaciones.
- Servicios de apoyo.



Acreditación

- Cumple 100% características obligatorias
- Cumple con 50% total características

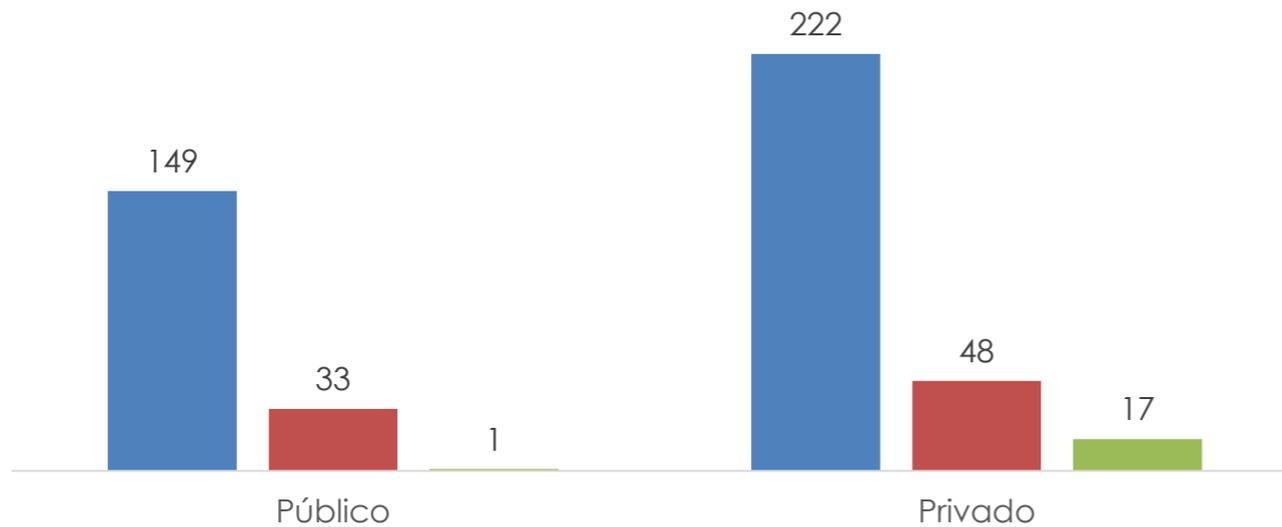
Proceso acreditación



Procesos de Acreditación según categoría del prestador y tipo de seguro. Chile 2009 – 2018.

Acreditación según tipo de seguro

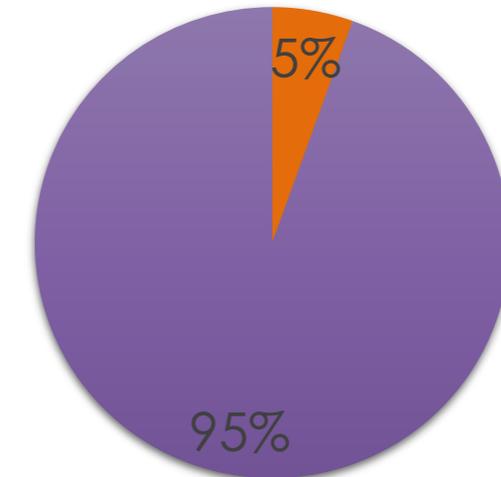
■ 1° Acred ■ 2° Acred ■ 3° Acred



	Público	Privado	Total
1° Acreditación	149	222	371
2° Acreditación	33	48	81
3° Acreditación	1	17	18
Total	183	287	470

Y los CESFAM?

CESFAM



■ Acreditado ■ No Acreditado

25 Centros de Salud Familiar (CESFAM)

Existen 458 en el país

Fuente: Estadísticas de prestadores institucionales acreditados, diciembre 2018. Superintendencia de Salud

CESFAM L

- Prestaciones atención primaria en salud
- 10.310 usuarios inscritos
- 7 dependencias
 - CESFAM L
 - CECOSF CP
 - 5 PSR: P, La H, Ch, M y C



Objetivo General

- Elaborar una estrategia de gestión para la implementación del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta para el CESFAM L

Objetivos específicos

1. Diagnosticar la situación actual del CESFAM L con base en los requisitos de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención.
2. Identificar buenas prácticas con base en la experiencia de al menos un centro de salud de atención abierta de la zona sur de Chile acreditado con el estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.
3. Planificar las acciones necesarias para que el CESFAM L se encuentre en mejores condiciones de cumplir con los requisitos del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.

Objetivo 1 Diagnosticar situación actual CESFAM L

DS N° 15/2007 del Ministerio de Salud (MINSAL):
Reglamento del Sistema de Acreditación Título IV:
“Del Proceso de Acreditación” Requisitos mínimos :

1. Autorización Sanitaria vigente.
El DFL N° 1 DE 1989 del MINSAL

2. Elaborar un informe de Autoevaluación.
El D.S. N° 15/2007 del MINSAL , 12 meses previo demostrable proceso Autoevaluación

3. Presentar la solicitud de Acreditación ante la Intendencia de Prestadores, esto puede ser vía digital o acudir a la institución.

4. Tener Personería Jurídica —el Establecimiento—.

5. Tener la Ficha Técnica actualizada.

Requisitos mínimos

1. Autorización sanitaria vigente

CESFAM L

- Autorización sanitaria 13-06-2013, con observaciones, periodicidad 3 años
- Brechas infraestructura y documentación

CECOSF CP

- Modificación infraestructura 2011
- Sin autorización sanitaria
- Brechas infraestructura y documentación

PSR P, PSR Ch, PSR M, PSR La H y
PSR M

- Sin demostración sanitaria (<2007)
- Brechas para solicitar demostración

Requisitos mínimos

1. Autorización sanitaria vigente



Requisitos mínimos

2. Informe de autoevaluación

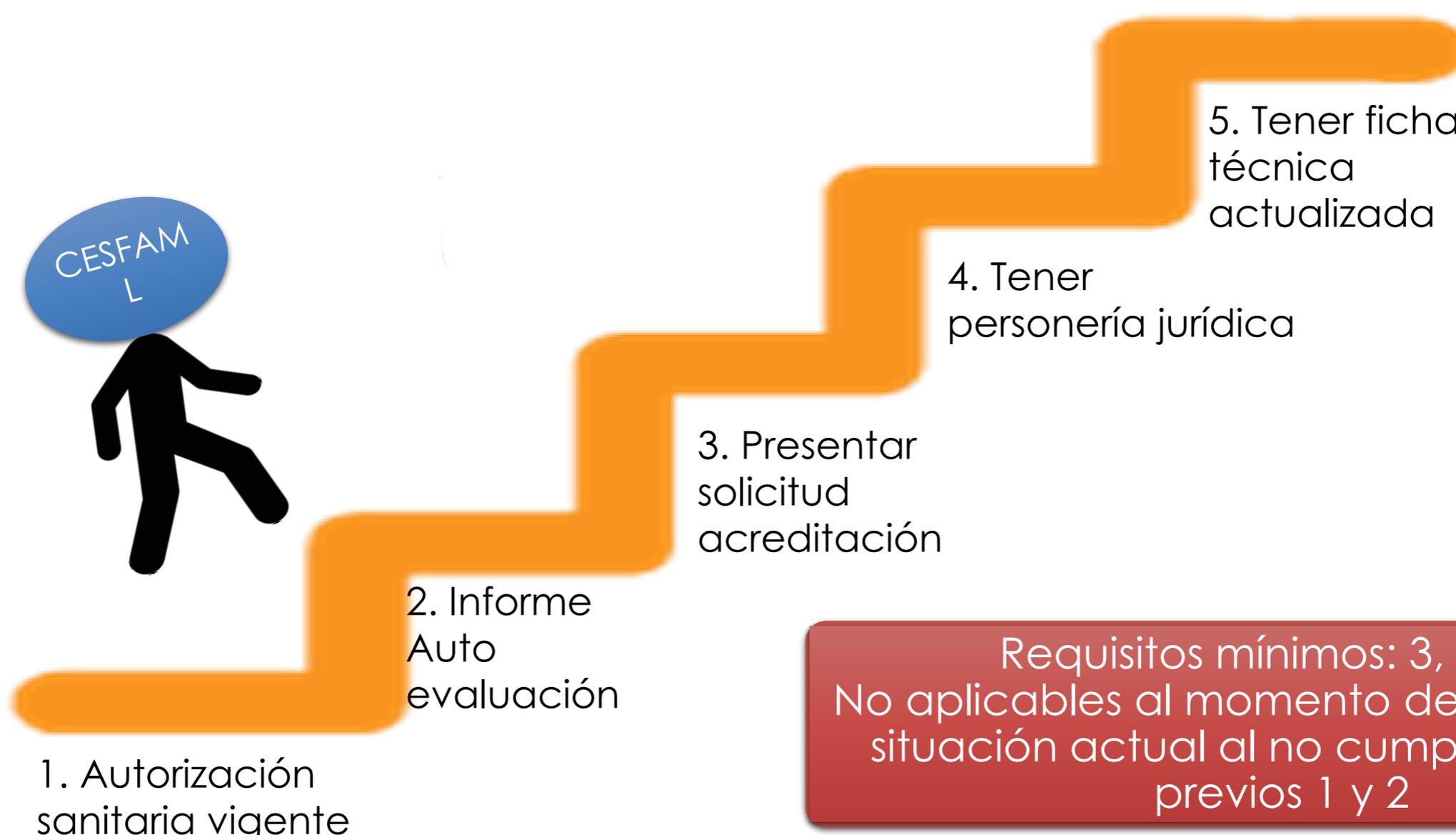
CESFAM L reactiva funcionamiento Comité de Calidad 2015
Actividades proceso de auto evaluación:

Diagnóstico situación actual para proceso acreditación

Aplicación de Pauta en la institución

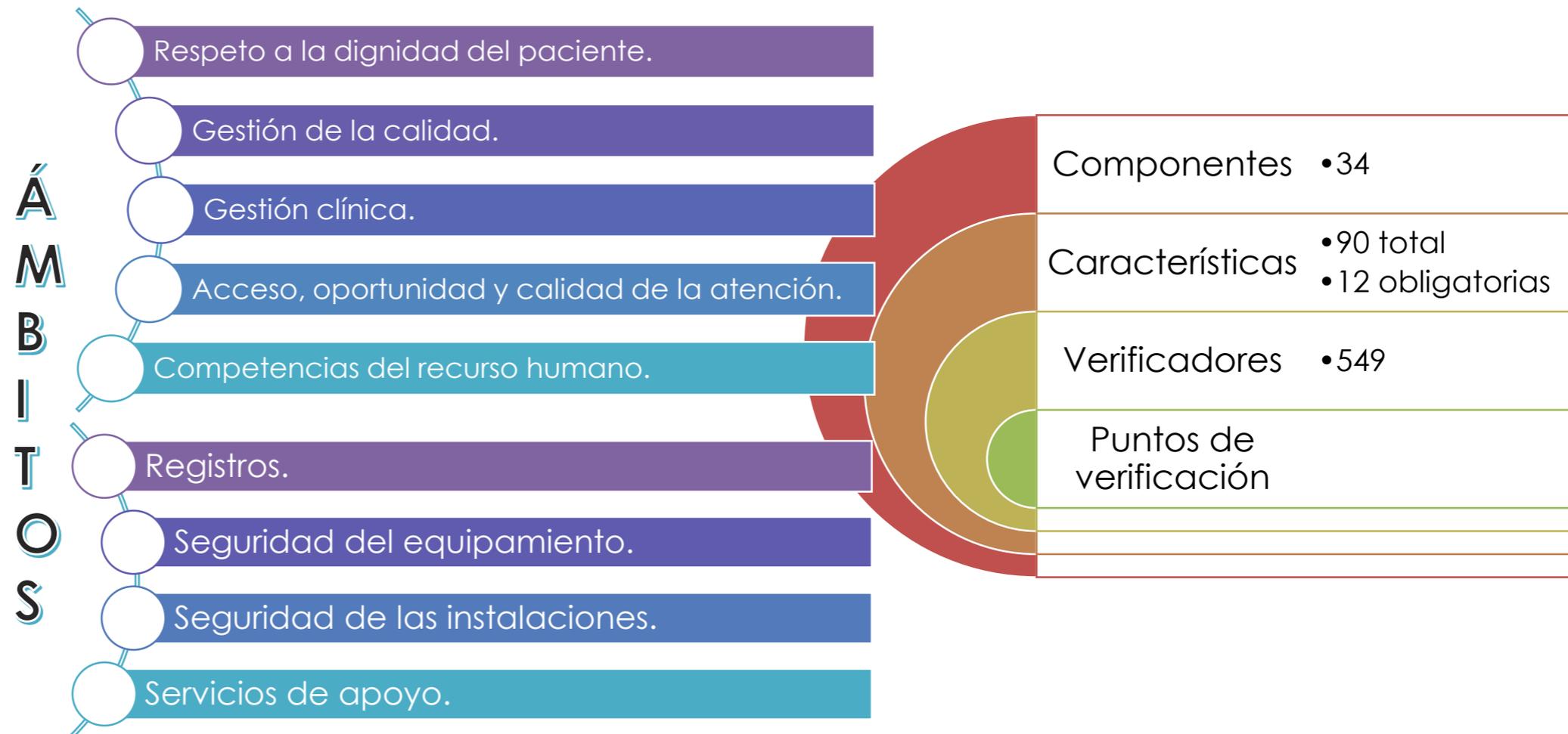
Implementación programa de mejora a partir de brechas encontradas

Requisitos mínimos 3, 4 y 5

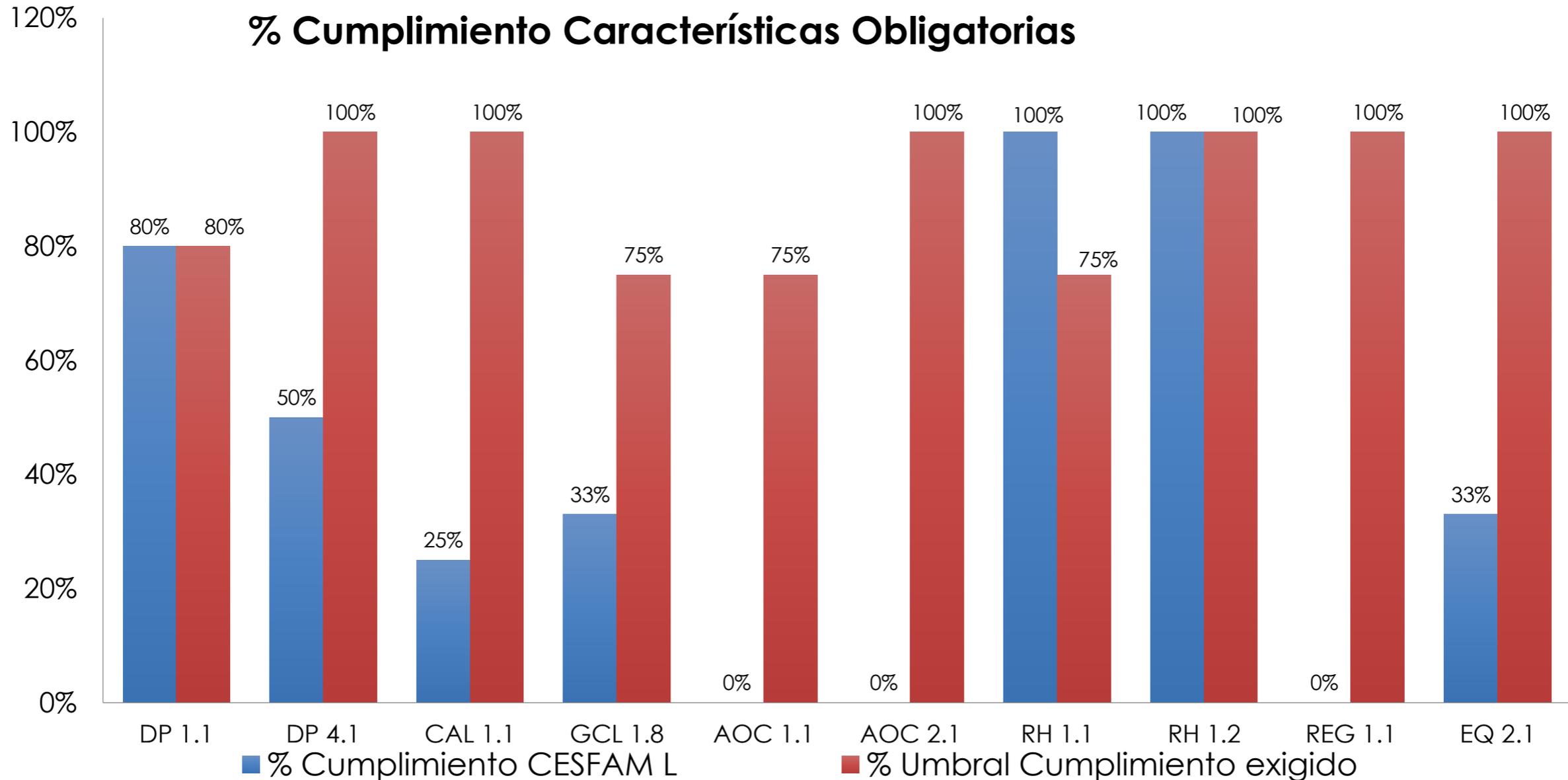


Objetivo 1 Diagnosticar situación actual CESFAM L

- Diagnostico pauta de estándar general para instituciones de atención abierta



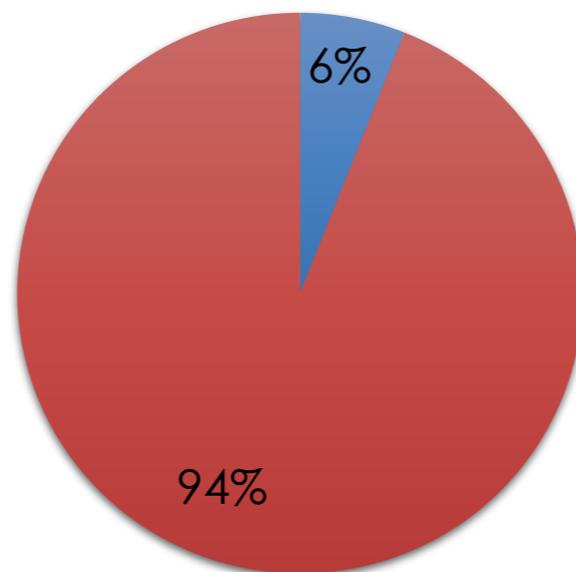
Resultados aplicación Pauta



* GCL 1.2 (selección pctes Cx mayor amb) y GCL 1.4 (uso aco) no aplica

Resultados aplicación pauta

% Cumplimiento características no obligatorias



- Características no obligatorias CESFAM Lumaco
- Total características no obligatorias

	Cantidad	%
CESFAM L	5	6,4%
Características no obligatorias	74	100%

Resultados aplicación pauta

Características de la pauta	% mínimo para acreditar	% cumplimiento CESFAM L
Obligatorias	100%	30%
Total	50%	9%

No Acredita

Fuente: Elaboración propia

Principales brechas de cumplimiento pauta de acreditación

Documentos no validados, en elaboración o inexistentes

Ausencia documentos institucionales nombramientos de responsables de carácter institucional

Ausencia medición de indicadores de cumplimiento

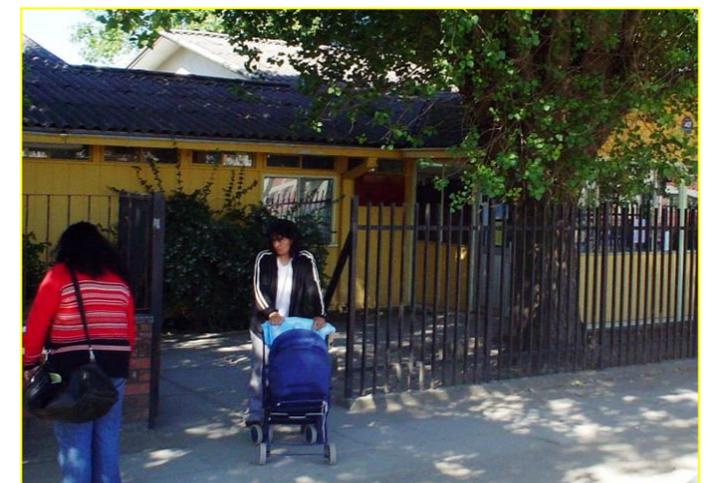
Estandarización procesos

Objetivo 2. Identificar buenas prácticas con base en la experiencia de al menos un centro APS

CESFAM Lorenzo Arenas

- Ubicación: Concepción
- Usuarios inscritos: 22.307
- Infraestructura 1958, cuenta con demostración sanitaria
- Inicio trabajo en calidad 2010
- Certificación acreditación 2015, con **92%**

General	Obligatorias
6.6 %	0 %
*Diagnostico 2011	



Fuente: Presentación Pasantía 2015 CESFAM Lorenzo Arenas.

Objetivo 2 . Identificar buenas prácticas con base en la experiencia de al menos un centro APS

Principales brechas

- Deficiencias en la estructura física.
- Recurso humano insuficiente para realizar trabajo en temas relacionados al proceso de acreditación.
- Resistencia de los funcionarios al proceso de acreditación.
- Recursos económicos insuficientes para subsanar deficiencias y brechas.
- Falta de capacitación y desconocimiento en temáticas de calidad.
- Falta de apoyo directivo del CESFAM.

Principales estrategias

- Logro compromiso directivo.
- Asignación recursos económicos para gestión.
- Asignación recurso humano específico para el área.
- Capacitaciones constantes a todos los funcionarios.
- Involucramiento de toda la institución
- Reorganización de funciones.
- Trabajo colaborativo y planificado.
- Establecimiento alianzas estratégicas.

Objetivo 3 Planificar acciones necesarias para mejorar condiciones de cumplimiento de requisitos pauta

Plan de trabajo anual 2016 (CAL 1.1)

Ámbito 1:
Obtener autorización
sanitaria y/o
demostración sanitaria
establecimientos
CESFAM L, CECOSF y PSR
(7)

Ámbito 2: Lograr
cumplimiento
características
obligatorias

Ámbito 3:
Comité de
Calidad

Plan de trabajo anual 2016

Principales propuestas ámbito 1: Obtener autorización y/o demostración sanitaria

Elaboración,
aprobación y
validación de
documentos
institucionales distintas
áreas

Actualización de
decretos de
nombramiento y
certificaciones de
operadores de áreas
especificas

Implementación de
programas de
mantenimiento,
planes de
emergencia distintas
áreas de la institución

Subsanación
deficiencias de
infraestructura

Plan de trabajo anual 2016

Principales propuestas ámbito 2: Características Obligatorias

DP 1.1:revisión carta derechos y deberes usuario en establecimientos

DP 4.1: revisión y actualización convenios asistenciales docente, implementación protocolo docente asistencial

CAL 1.1: modificación y difusión Política de Calidad, actualización Decreto Encargado de Calidad, revisión cumplimiento Programa de Calidad, evaluación anual programa Calidad

GCL 1.8: validación Protocolo PAP, Biopsias, Decreto nombramiento responsables institucionales, revisión registros asociados

AOC 1.1: elaboración, validación y difusión Protocolo emergencia "código azul", simulacros

Plan de trabajo anual 2016

Principales propuestas ámbito 2: Características Obligatorias

AOC 2.1:
modificación y
validación Protocolo
derivación urgencias

RH 1.1:
implementación y
actualización planilla
registro de
certificados título y/o
registro
superintendencia de
médicos y cirujanos
dentistas que se
desempeñan en la
institución

RH 1.2:
implementación y
actualización planilla
registro de
certificados título y/o
registro profesionales
clínicos, TENS y TEN
que se desempeñan
en la institución

REG 1.1:
modificación,
validación y difusión
Protocolo Manejo
fichas clínicas

EQ 2.1: decreto
responsable
institucional,
elaboración, revisión
y validación
programa
mantenimiento
preventivo equipos
críticos. Evaluación
cumplimiento
programa

Plan de trabajo anual 2016

Principales propuestas ámbito 3: Comité de Calidad CESFAM L

Difusión protocolos,
documentos
institucionales
validados

Gestionar
capacitaciones a
funcionarios
relacionadas a
acreditación,
calidad y seguridad

Reuniones mensuales

Vigilar cumplimiento
programa de
calidad

Asesorar equipo
gestor proceso de
acreditación

Conclusiones

Objetivo 1: Diagnóstico actual CESFAM L.

Actualmente CESFAM L no cuenta con autorización y/o demostración sanitaria vigente.

Proceso de autoevaluación no cumple periodo mínimo exigido.

Cumplimiento del 30% características obligatorias de la pauta y un 9% del total de características.

CESFAM L no cumple requisitos para optar a acreditación.

Conclusiones

Objetivo 2: Identificar buenas prácticas de centro acreditado.

A la fecha de este trabajo 7 CESFAM en Chile contaban con Acreditación, al 2018 , 25

CESFAM Lorenzo Arenas inicia proceso acreditación 2010, obteniendo certificado de acreditación 2015.
Periodo de acreditación promedio al de otras instituciones de salud

Principales dificultades: recursos financieros, deficiencias en infraestructura equipamiento e implementación desconocimiento de los funcionarios, déficit recurso humano.

Principales estrategias: cambio de la cultura organizacional, capacitaciones constantes, alianzas estratégicas, lograr compromiso directivo, recursos económico y humano.

Conclusiones

Objetivo 3: Planificar acciones cumplimiento de requisitos pauta.

La propuesta de mejora permitirá a dirección tomar decisiones y priorizar recursos que puedan apoyar el proceso de acreditación del CESFAM L

A la fecha existe compromiso directivo, asignación de recursos financieros, asignación parcial de horas recurso humano y para la implementación de esta propuesta.

El aporte de este estudio al CESFAM L podrá verse reflejado en el mediano plazo una vez que se obtenga la acreditación del Centro de Salud

El 62% de los centros de salud familiar no cuenta con autorización sanitaria

Autor: Lorena Leiva

MIC 8 AGO 2018 | 12:25 AM

NACIONAL

Solo el 38% de los Centros de Salud Familiar cuentan con autorización sanitaria del Minsal

Equipamiento, espacios físicos y recursos humanos son los primordiales requisitos para el adecuado funcionamiento de estos.

08 de Agosto de 2018 07:04



CONSULTORIO DE LA COMUNA DE RECOLETA, EN LA REGION METROPOLITANA.

Será posible la acreditación en los CESFAM?



Un total de 286 consultorios del país no cumplen con todos los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud.





II Jornadas de Actualización en Nutrición y Alimentos UCM

Implementación del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención primaria

Gracias.

Sandra Muñoz Huaracán
Nta Mg SGIC
Académico Escuela Nutrición y Dietética UCM
smunoz@ucm.cl
10 de Mayo del 2019