



AVANCE A UN NUEVO MODELO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

Carmen Monsalve Benavides
Intendenta de Prestadores de Salud

Normativas en Calidad y Seguridad

Reforma de Salud 2004

Ley
AUGE

Ley
Autoridad
Sanitaria

Modelo de
Atención

Acceso

Oportunidad

Protección
Financiera

CALIDAD

IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
CENTRADAS EN
CALIDAD Y SEGURIDAD

REGISTRO NACIONAL
DE PRESTADORES
INDIVIDUALES DE
SALUD

SISTEMA NACIONAL
DE ACREDITACIÓN
DE PRESTADORES
INSTITUCIONALES
DE SALUD

LEY 20.584
REGULA LOS
DERECHOS Y
DEBERES QUE
TIENEN LAS
PERSONAS EN
RELACIÓN CON
ACCIONES
VINCULADAS A SU
ATENCIÓN EN SALUD

Año 2009-2010

Año 2012

**REFORMA
DE SALUD**

2004

Modelo de Atención en Salud

Énfasis

CENTRADO EN EL USUARIO

Énfasis en sus derechos y deberes

Énfasis en lo promocional y preventivo

En todos los niveles, actitud anticipatoria.

Enfoque de salud familiar

Considerar el contexto y el ciclo de vida y familiar

Intersectorialidad

Activación de sectores prioritarios

CALIDAD

Técnica y de percepción

Tecnologías apropiadas

Ajuste rápido y evaluado

Fuerza laboral

Transformación hacia el modelo



REFORMA DE SALUD

AUGI 85

GARANTÍA

REGISTRO
PRESTADORES
INDIV. DE
SALUD

DE

ACREDITACIÓN
PRESTADORES
INSTITUC. DE
SALUD

CALIDAD

DECRETO GES
N°72

08 SEPT. 2022

Prestadores Atención Psiquiátrica Cerrada	30-jun-24
Serv. Esterilización	01-ene-25
Serv. Radioterapia	30-jun-24
Serv. Quimioterapia	30-jun-24
Centros de Rehabilit. Alcohol y Drogas	01-jul-25
Atención Abierta de Baja	01-jul-25

2016

2018

2019

2021

2022

• 1 de julio - **Atención Cerrada de Alta Complejidad**

• 1 de enero - **Atención Cerrada de mediana complejidad**

• 1 de julio - **Atención Abierta de alta Complejidad**

• 1 de julio - **Centros de Diálisis**

• 1 de enero - **Atención Cerrada de Baja Complejidad**

• 30 de junio - **Servicios de Imagenología de Alta Complejidad**

• 30 de junio - **Laboratorios Clínicos de Alta Complejidad**

• 30 de junio - **Atención Abierta de Mediana Complejidad**

• 1 de enero - **Servicios de Imagenología de Mediana y Baja Complejidad**

• 30 de junio - **Laboratorio Clínico de Mediana y Baja Complejidad**

Avances en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud



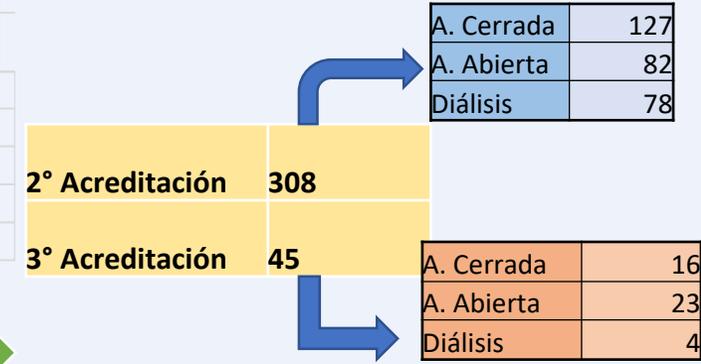
Fuente: Subdepartamento de Gestión de Calidad –Intendencia de Prestadores



Avances en Acreditación



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Acreditados	1	11	13	9	33	48	47	87	93	160	182	78	20	38
Reacreditados	0	0	0	0	2	15	5	13	48	36	63	42	12	116
Pierden acreditación	0	0	0	0	2	4	1	10	14	5	7	1	2	14
Acumulado	1	12	25	34	65	109	155	232	311	466	641	718	736	760



- 2016**
 - 1 de julio - Atención Cerrada de Alta Complejidad
- 2018**
 - 1 de enero - Atención Cerrada de mediana complejidad
 - 1 de julio - Atención Abierta de alta Complejidad
 - 1 de julio - Centros de Diálisis
- 2019**
 - 1 de enero - Atención Cerrada de Baja Complejidad
 - 30 de junio - Servicios de Imagenología de Alta Complejidad
 - 30 de junio - Laboratorios Clínicos de Alta Complejidad
 - 30 de junio - Atención Abierta de Mediana Complejidad
- 2021**
 - 1 de enero - Servicios de Imagenología de Mediana y Baja Complejidad
- 2022**
 - 30 de junio - Laboratorio Clínico de Mediana y Baja Complejidad

Garantía de Calidad

Fuente: Subdepartamento de Gestión de Calidad –Intendencia de Prestadores



Situación Prestadores Acreditados Atención Cerrada

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA



MANUAL DEL ESTÁNDAR DE RADIOTERAPIA

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS



MANUAL DEL ESTÁNDAR DE QUIMIOTERAPIA

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN ABIERTA



MANUAL DEL ESTÁNDAR DE ESTERILIZACIÓN

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CERRADA



MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS QUE OTORGAN TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A ALCOHOL Y/O DROGAS

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DESTINADOS AL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA



MANUAL DEL ESTÁNDAR DE ODONTOLOGÍA

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS CLÍNICOS

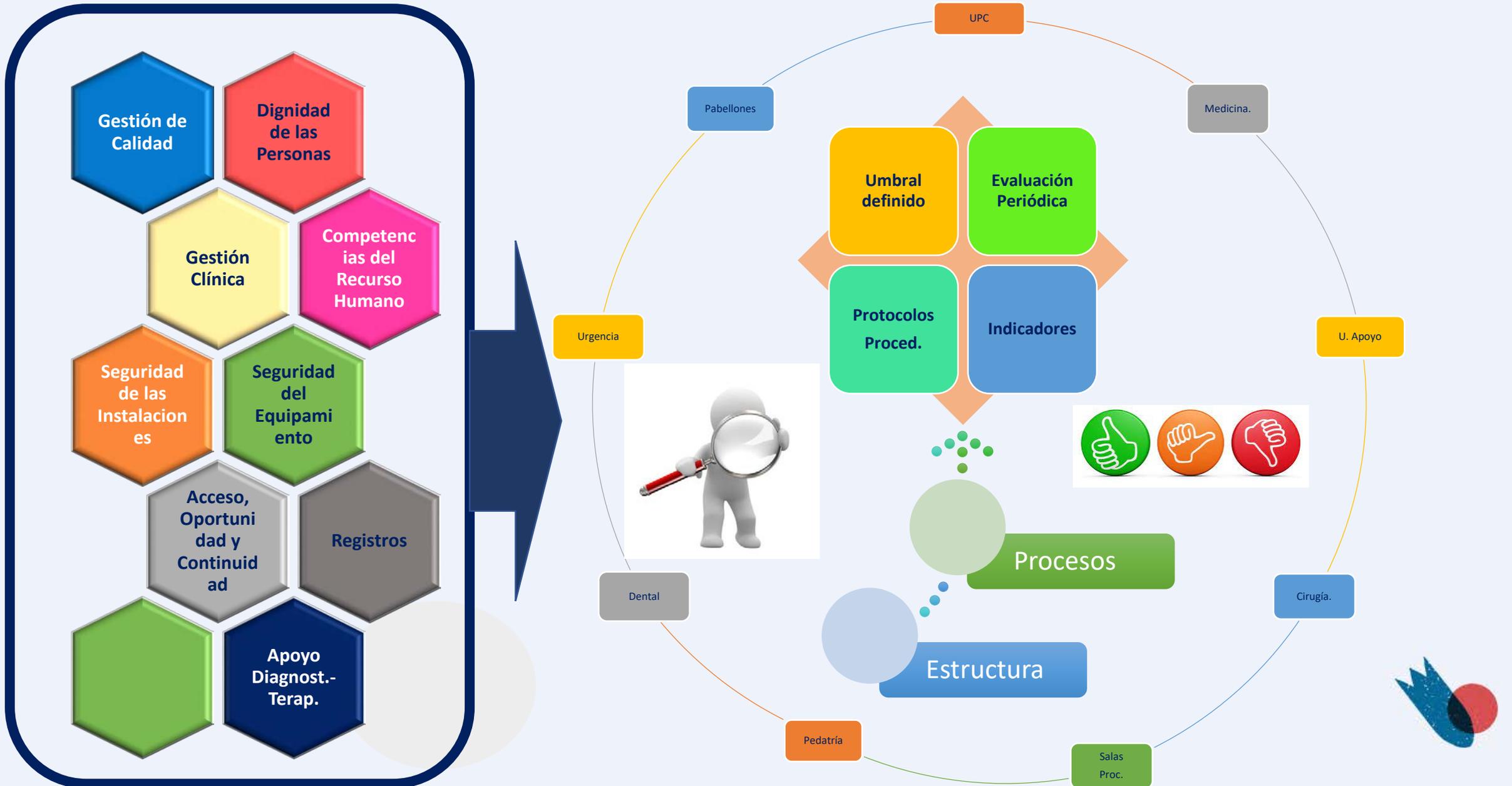


MANUAL DEL ESTÁNDAR DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

ESTÁNDAR	COMPLEJIDAD	PRIVADO	PÚBLICO	TOTAL
Atención Cerrada		69	187	256
	Alta	59	63	122
	Media	6	23	29
	Baja	4	101	105
Atención Abierta		150	64	214
	Alta	28	2	30
	Media	53	4	57
	Baja	69	58	127
Diálisis		202	2	204
	Media	202	2	204
Laboratorio		44	6	50
	Alta	34	3	37
	Media	10	3	13
Imagenología		26	1	27
	Alta	23	1	24
	Media	3	-	3
Atención Psiquiátrica		2	4	6
	Alta	-	1	1
	Media	-	3	3
	Baja	2	-	2
Servicios de Esterilización		2	-	2
	Baja	2	-	2
Quimioterapia		1	-	1
	Media	1	-	1
Total general		496	264	760



Modelo Estándar de Acreditación actual

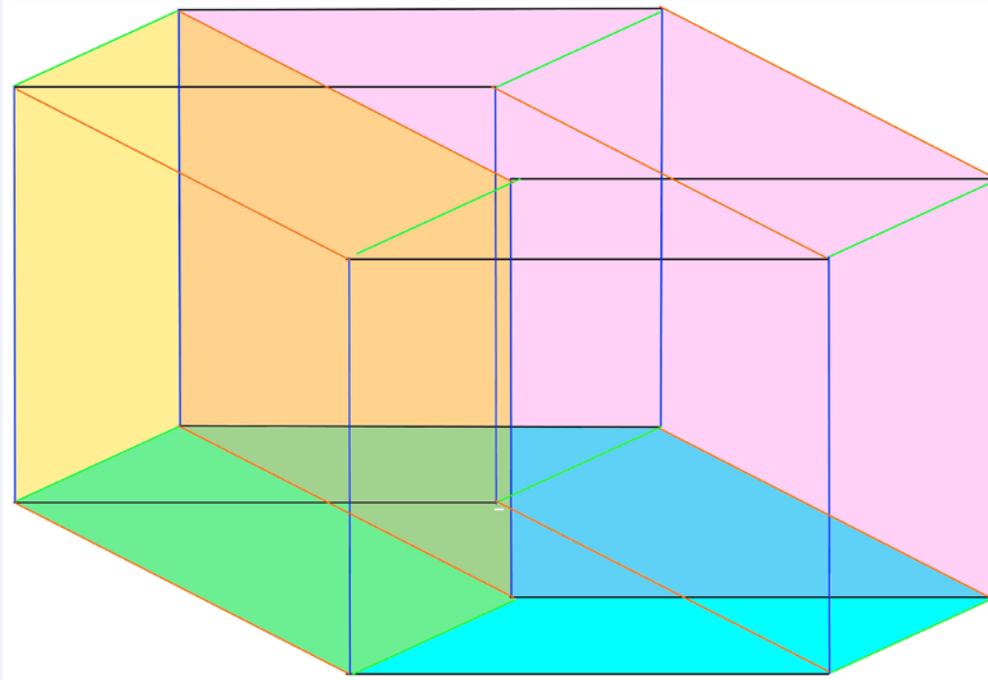


Modelo actual Estándar de Acreditación

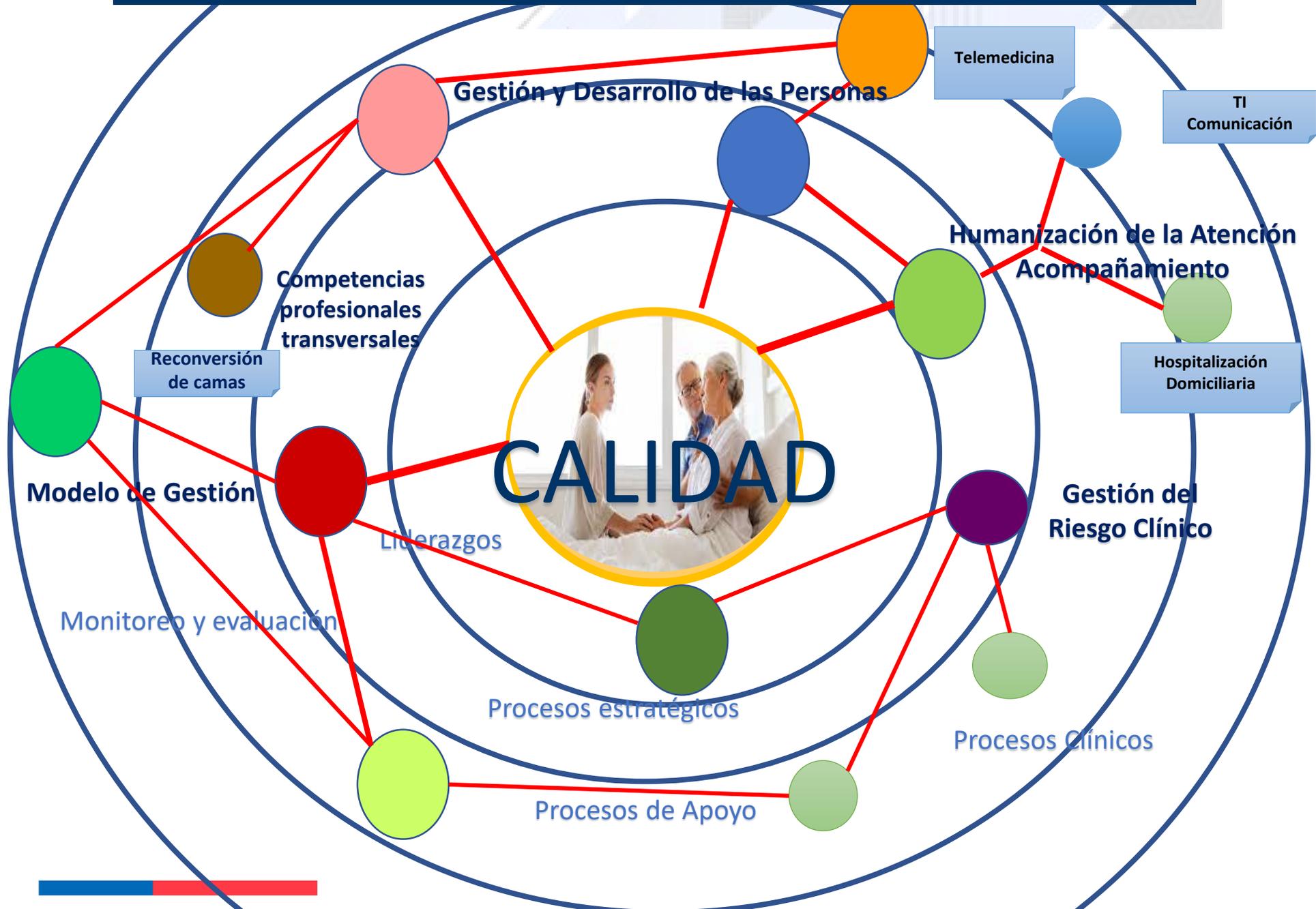


Modelo actual Estándar de Acreditación

Dimensiones de la Calidad



¿Cuáles son los nuevos desafíos?



AÑO 2020-2021



DIAGNÓSTICO INTERNO
REVISIÓN ESTÁNDAR
GENERAL DE
ACREDITACIÓN DE
ATENCIÓN CERRADA

AÑO 2021 -2022



PLAN DE TRABAJO
PROPUESTA NUEVO
MODELO DE ESTÁNDAR
DE ACREDITACIÓN
FASE 1

AÑO 2022 -2024



AVANCE PLAN DE
TRABAJO PROPUESTA
NUEVO MODELO DE
ESTÁNDAR DE
ACREDITACIÓN FASES 1-
2-3

MANUAL
METODOLÓGICO
INDICADORES DE
CALIDAD



NUEVO MODELO

El desarrollo de una propuesta de modificación al estándar vigente, es un desafío sustentado en la necesidad de avanzar desde el sistema actual que es más estructural y de instalación de algunos procesos, a un sistema de evaluación de la calidad más transversal e interactivo en las instituciones de salud, **centrado en las personas y en los resultados que los procesos realizados impactan en las personas que reciben las atenciones de salud.**

Para dar respuesta a este desafío se debe abordar el trabajo desde tres ejes:

- Modificar contenido del estándar - estructura
- Nueva metodología de verificación y medición de su cumplimiento
- Reglas de Decisión en línea a la mejora continua







Matriz de PROCESOS, identificando lo que debemos esperar de su gestión, en función de las necesidades y expectativas de las personas y resultados sanitarios que aseguren una mejora en los niveles de calidad y seguridad de las atenciones en salud. Resultados medibles a través de indicadores explícitamente definidos, reportados, monitoreados y de conocimiento público.



PROCESOS ESTRATÉGICOS – GESTIÓN Y LIDERAZGO

Gestión de Calidad

Gestión de Riesgo

Programa
Prevención y
Control IAAS

Atención
Centrada en
las Personas

Gestión de
Emergencias
Sanitarias

PROCESOS CLAVES

P. Quirúrgico

P. Atención
Materno-Infantil

P. Atención
paciente
Oncológico

P. Atención
Urgencia

P. Atención
Ambulatoria

P. Hospitalización
Domiciliaria

P. Atención
Telemedicina

P. Atención
paciente
Psiquiátrico

P. Atención
paciente medico

Proceso
Diagnóstico

PROCESOS DE SOPORTE

Gestión y Desarrollo de las
Personas

Sistemas de TI y
Registros

Mantenimiento
Infraestructura y
Equipamiento

Esterilización

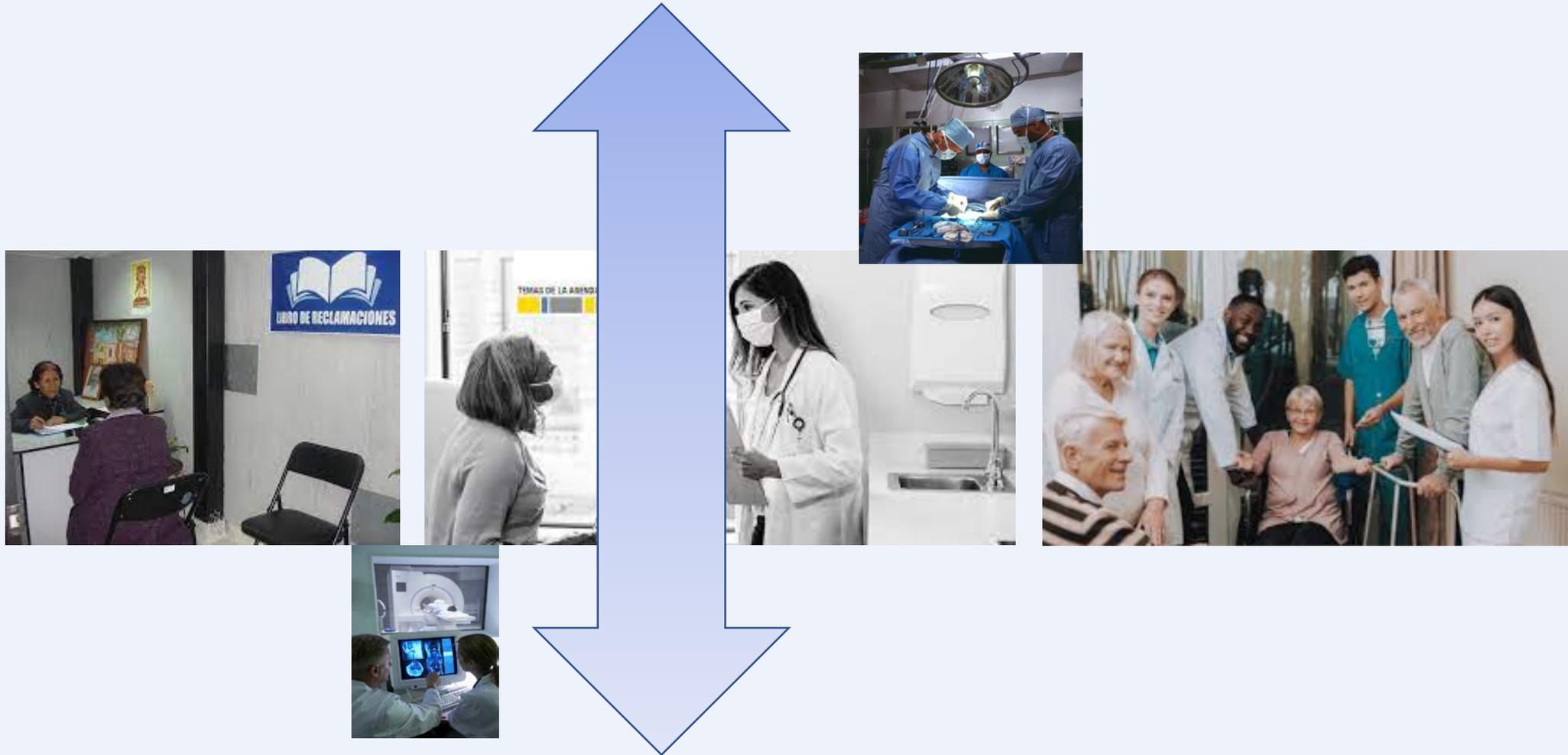
Alimentación

Indicadores de Resultado Sanitarios

Indicadores Resultado
Experiencia de las Personas



LA EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS EN LA ATENCIÓN



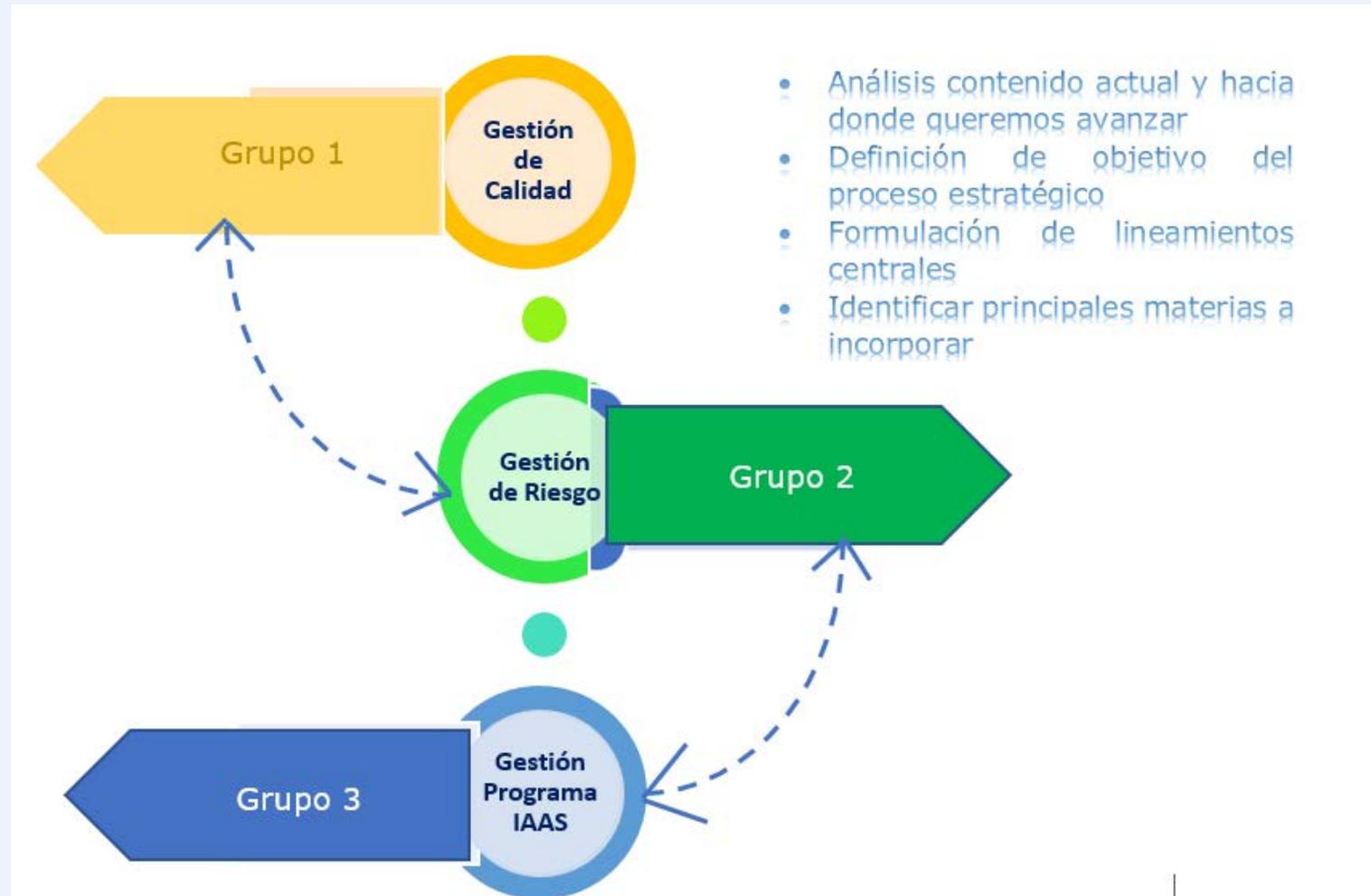
PROCESOS CLAVES TRAZADORES



NUEVO MODELO



Bajo estos lineamientos de estructura del modelo conceptual, e identificados los procesos estratégicos, se inicia el levantamiento de las directrices principales que deben contemplar los contenidos de los primeros tres procesos: Gestión de Calidad, Gestión de Riesgo Clínico, Gestión Programa de Prevención y Control de



Principales lineamientos para guiar los contenidos

PROCESO ESTRATÉGICO GESTIÓN DE CALIDAD

- Establecer la gestión a nivel institucional centrada en un Modelo de Gestión de Calidad
- Posicionar la Gestión de Calidad a nivel directivo con participación en toma de decisiones relacionadas con la calidad y seguridad del a atención.
- Incorporar la política de calidad al proceso de planificación estratégica del prestador.
- Fortalecer el rol del encargado de calidad y/o la estructura de las unidades de calidad.
- Fortalecer **competencias de directivos y jefaturas** respecto a gestión de calidad
- Fortalecer la comunicación estratégica cómo eje facilitador de la gestión de calidad
- Evaluar el conocimiento de la cultura de calidad y seguridad en la institución
- Definir Indicadores de resultados de Gestión



Principales lineamientos para guiar los contenidos

PROCESO ESTRATÉGICO GESTIÓN DE RIESGO CLÍNICO

Incorporar la gestión de riesgo e identificación de los riesgos clínicos como elemento fundamental de la gestión clínica, utilizando la mejora continua como base principal de trabajo.

- ❖ Elaboración de una Matriz de Riesgos que incorpore procesos asistenciales, estratégicos y de apoyo.
- ❖ Involucramiento del nivel gerencial, directivos, clínicos, y todos los estamentos y personal de la institución.
- ❖ Utilización del Plan de Calidad institucional y local como herramienta de la gestión de riesgos:
 - a) Al menos 3 de las áreas comprometidas en el plan anual deberán estar referidas a procesos con riesgo alto.
 - b) La identificación de las áreas de riesgo debe estar relacionada con el sistema de notificación de eventos adversos.
- ❖ c) Capacitación en riesgo clínico a todo el personal
- ❖ Análisis y validación de datos.
- ❖ Análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- ❖ Proceso proactivo de reducción de riesgos.
- ❖

Objetivo para la gestión: Incorporar la noción de riesgo e identificación de los riesgos clínicos como elemento fundamental de la gestión clínica, utilizando la mejora continua como base principal de trabajo.

NÚCLEO PRINCIPAL

Paciente como eje central

Seguridad de los procesos

Calidad de la atención



Principales lineamientos para guiar los contenidos

PROCESO ESTRATÉGICO GESTIÓN PROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL IAAS

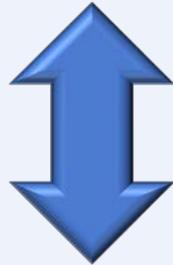
- Posicionar al equipo
- Relevar otras funciones del equipo, más allá de la vigilancia
- Utilización de indicadores en ciclo de mejora continua
- Flexibilizar supervisión ajustado a realidad local
- Incorporación de temas emergentes (Resistencia Antimicrobianos)
- Publicación de resultados hacia la comunidad
- Capacitación continua (todos los niveles organizacionales)



PROCESO ESTRATÉGICO

ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS

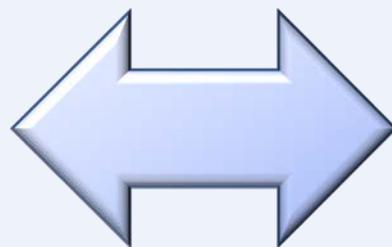
- La **Atención Centrada en la Persona** constituye el eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con: la intervención basada en evidencia científica, la organización del servicio, el equipo y la interdisciplinariedad y el ambiente. (OMS)



- El «**Derecho a la Salud**» no debe ser reducido al campo de las enfermedades, ni de los meros servicios de atención médicos, sino más bien debe ser comprendido en un espacio amplio que guarda relación con la posibilidad de que todas las personas—plenas en dignidad— puedan desarrollar todo su potencial y gozar de alcanzar el máximo bienestar en las múltiples dimensiones de lo humano (Artaza 2020).



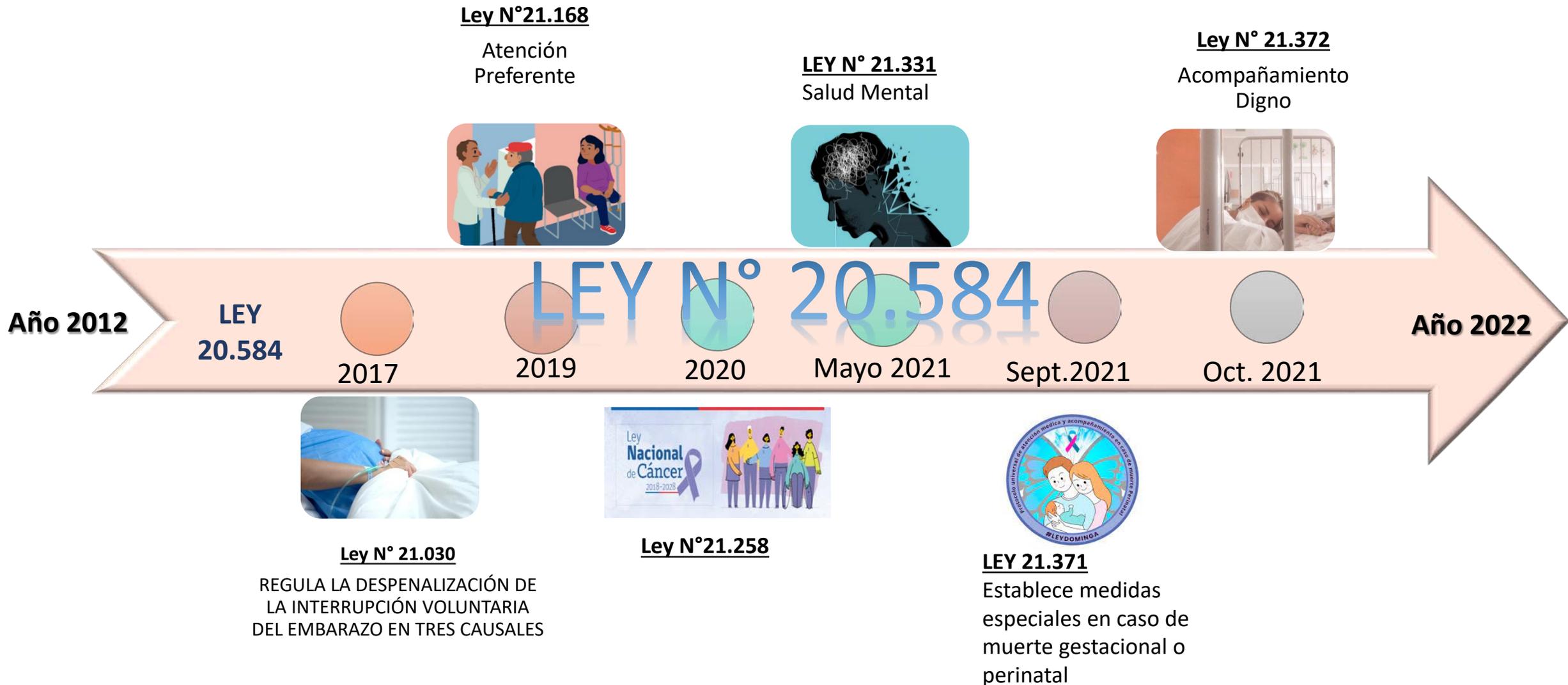
ESTÁNDAR NACIONAL DE ACREDITACIÓN



LEY DE DERECHOS DE LAS PERSONAS



Leyes que han entrado en vigencia durante la década 2012-2022, bajo el marco de la Ley N° 20.584



PROCESO ESTRATÉGICO

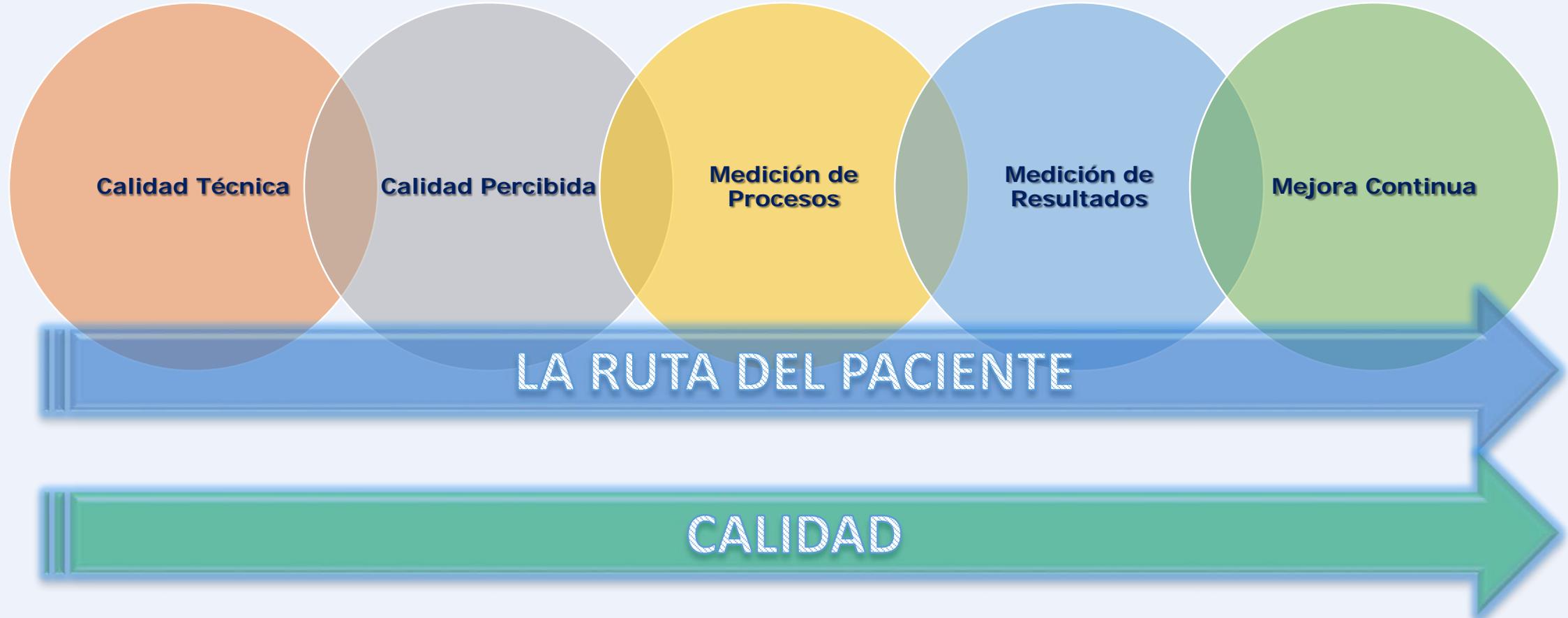
GESTIÓN DE EMERGENCIAS SANITARIAS

Medidas para asegurar la Calidad y la Seguridad de los Pacientes

- Respeto a la Equidad
- Respeto a la Accesibilidad
- Respeto a la Efectividad y Eficiencia
- Respeto a la seguridad para los pacientes y para los profesionales
- Respeto a la Experiencia de los pacientes
- Respeto a Cuidando a los profesionales



METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EN TERRENO



Procesos Claves y Trazadores

Procesos de Apoyo



LA RUTA DEL PACIENTE EN SU ATENCIÓN DE SALUD

- Se plantea la propuesta de un cambio desde la evaluación de ámbitos hacia el acompañamiento del paciente en su experiencia a través de los procesos asistenciales, el paciente al centro de la evaluación.
- La evaluación se realiza a través de la ruta que el paciente experimenta, desde el ingreso al egreso de éste.
- Evita el fraccionamiento de la evaluación y logra la integración de los diferentes componentes.
- Probablemente un modelo así promueve una evaluación más cercana a los riesgos que el paciente enfrenta durante su periodo de atención.
- Necesidad de fijar los puntos críticos/hitos que observar durante la itinerancia de los pacientes que guiarán el ejercicio de acreditación. Derivado de ello, considerar evaluación de los elementos que la organización ha dispuesto para detener los riesgos identificados.

CALIDAD

MANUAL METODOLÓGICO INDICADORES DE CALIDAD

El Manual Metodológico de Indicadores como herramienta técnico-normativa que concentra los criterios y estándares para la construcción homogénea de los indicadores para evaluar y monitorear las prestaciones médicas otorgadas a las personas bajo el aseguramiento del FUS.

La presentación de estos criterios y estándares se debe llevar a cabo en fichas técnicas, y los indicadores deben contener, como mínimo, el *objetivo de la medición, la precisión para el cálculo o fórmula, las fuentes de información o medios de verificación, la frecuencia de medición, la unidad de medida, las metas a lograr o estándares de comparación, la dimensión que evalúa y el tipo de indicador* de que se trata.



Evaluación del Desempeño basado en Procesos de Salud-Enfermedad

Establecer mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad que permitan evaluar el desempeño de los servicios centrado en la experiencia de las personas en su proceso de atención

Incrementar el desarrollo de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas.

Fortalecer los mecanismos de evaluación y seguimiento de resultados para mejorar los procesos

GRD

GESTIÓN CLÍNICA

MONITOREO CALIDAD

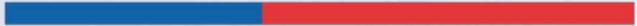
Líneas de Acción:

- Retroalimentar los resultados de las evaluaciones para identificar y aprovechar áreas de oportunidad.
- Promover el uso de las tecnologías de la información y comunicación para mejorar los esquemas de evaluación y de difusión de los resultados.



**TODOS GRAN CAMINO
EMPIEZA CON UN PASO**





SUPERINTENDENCIA
DE SALUD