

V Encuentro Nacional de Calidad en Salud

“Mirándonos para mejorar: aprendiendo de las experiencias”



**Gobierno
de Chile**

**SUPERINTENDENCIA
DE SALUD**

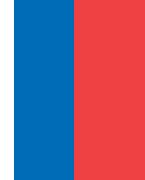
Dr. Jorge Rubio Kinast

Departamento de Calidad
Clínica Santa María

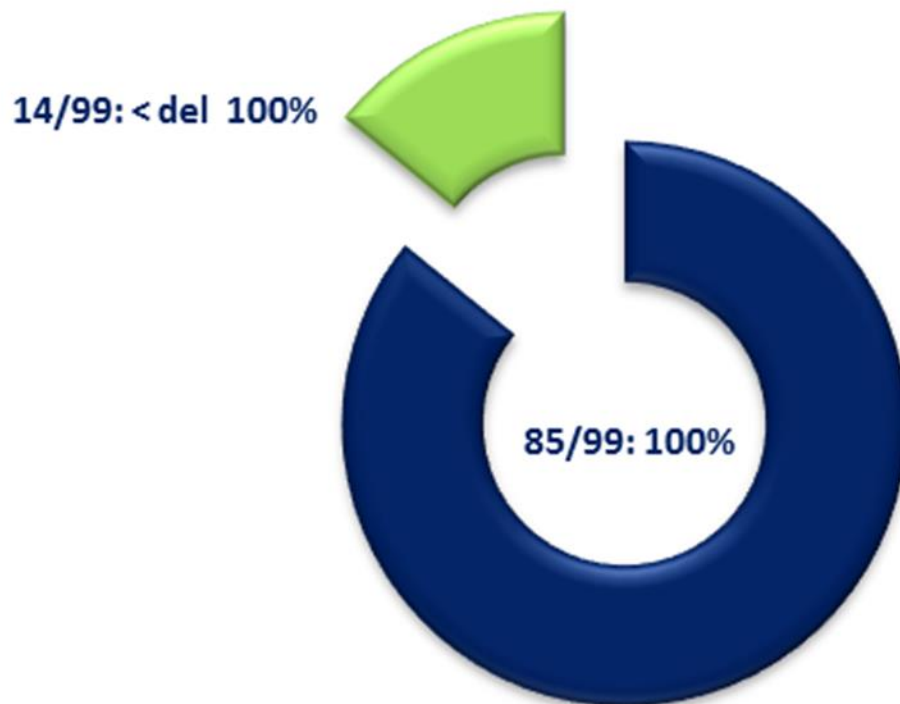
Martes 2 de agosto de 2015.
Hotel Crowne Plaza, Santiago. Chile.

supersalud.gob.cl

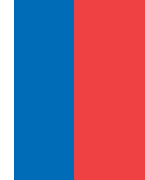
Breve descripción del proceso de acreditación: fecha, características aplicadas, % total de cumplimiento



Características según porcentaje de aprobación



Dificultades y puntos críticos del proceso, particularmente en la mantención en el cumplimiento de los estándares



Fiscalización 14 de mayo 2012, incumplimientos:

- 1.El documento para CI no contemplaba los casos de personas con dificultad de entendimiento y alteración de conciencia. Además, no se registraban todos los datos requeridos.
- 2.No fue posible constatar el % de cumplimiento informado para Evaluación preanestésica.
- 3.No fue posible validar la evaluación periódica del Informe de notificación oportuna de exámenes críticos en Laboratorio ni Anatomía Patológica.
- 4.No fue posible constatar la Trazabilidad de biopsias.



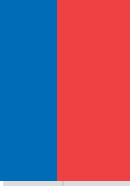
Estrategias para facilitar la mantención de los Estándares de Acreditación



1. Modificar el documento para CI, incorporando lo observado.
2. Actualizar la norma de Evaluación preanestésica redefiniendo los criterios de registro obligatorio, su indicador y su umbral.
3. Modificar el procedimiento para la Notificación oportuna de exámenes críticos de Laboratorio y Anatomía Patológica, definiendo los tiempos de respuesta.
4. Estandarizar el sistema de registro y datos a consignar en todas las etapas del proceso de Trazabilidad de biopsias.



Mantenimiento del cumplimiento de los Estándares de Acreditación

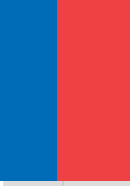


Fiscalización 18 de julio 2013, sobre la implementación de mejoras:

- 1.El documento para CI contempla los casos observados. Además, se usa en todos los puntos de verificación, pero no se alcanza el umbral requerido en parte de ellos.
- 2.Se constató que se cumple con el % informado para Evaluación preanestésica.
- 3.Se validó la evaluación periódica en Laboratorio, pero había un error en la definición del indicador en Anatomía Patológica.
- 4.Se constató la Trazabilidad de biopsias.



Incentivos y estrategias de motivación



OBJETIVO





AUTORIDAD

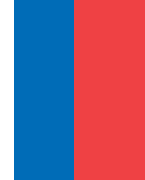


Informe de Acreditación (Oct 2014):

“El Director Técnico de Clínica Santa María (CSM) Dr. Cristián Ugarte Palacios, inicia la reunión plenaria con un discurso formal dando gran relevancia al proceso al que serán sometidos como prestadores de salud”.



Incentivos y estrategias de motivación



LIDERAZGO



CSM Memoria 2014:

519 Médicos.

2.810 Trabajadores.

153 Consultas Médicas.

346 Camas.

54 Servicios y Unidades clínicas.

30.737 Egresos Hospitalarios.

18 Pabellones.

85.000 Mts2 Construidos.

Equipo de Calidad

1 Médico.

1 EU Coordinadora.

1 Enfermera Universitaria.

1 Tecnólogo Médico.

1 Secretaria.





HABILIDADES BLANDAS

Ética: normas, valores y principios.

Trabajo en equipo.

Creatividad.

Empatía.

Actitud positiva.

Tolerancia a la presión.

Facilidad de comunicación.

Respeto.





COMPROMISO



Informe de Acreditación (Oct 2014):

“Se observa que el Prestador ha realizado gestiones para la mejora continua de sus procesos clínicos asistenciales, lo cual se refleja durante la visita a terreno y en las entrevistas realizadas a los Jefes de Servicio, Enfermeras Coordinadoras de Servicios Clínicos, Enfermeras Supervisoras, Matronas Jefe, Tecnólogos Médicos Jefes un gran compromiso con la gestión de calidad en el cumplimiento de las características a su cargo”.



Visión general del proceso: qué fortalecería para que nuestro modelo sea sostenible en el tiempo

1. La información al paciente y familia, con la consiguiente obtención del consentimiento cuando corresponda.
2. La protocolización y monitorización de la actividad clínica, basada en evidencia científica.
3. La exigencia de la implementación de los protocolos de seguridad.
4. Las exigencias de seguridad de la planta física y equipamiento, más allá del ámbito de la acreditación.
5. Una comunicación transversal y amplia de las ventajas de trabajar para lograr la acreditación.

Visión general del proceso: qué mejoraría para que nuestro modelo sea sostenible en el tiempo

1. Flexibilización respecto de las características obligatorias.
2. Flexibilizar la Habilitación en el Estándar general para Atención Abierta.
3. Disminuir la variabilidad de los criterios de los evaluadores.
4. Instaurar un Sistema de Apelación.
5. Revisar los Estándares generales: ¿Están todos los necesarios? ¿Deben corregirse algunos?
6. Revisar algunos conceptos: por ejemplo biopsia, registros clínicos, etc.

Visión general del proceso: qué haría para incentivar la Acreditación



Prestadores Institucionales de Atención Cerrada Acreditados
Período: 24 de diciembre de 2009 al 30 de abril de 2015



Hoy está acreditado solo un 26% de los prestadores de atención cerrada. A julio del 2016 estaría menos del 50%.

Es perentorio fijar fechas para la exigibilidad de la Garantía de Calidad.

