

RE ACREDITACIÓN “MANTENIENDO EL ESFUERZO”

GISELE SEGURA GARRAMUÑO
ENFERMERA JEFE
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

CLÍNICA
Portada
RED CLÍNICAS Regionales



Como se continuó trabajando después de la Acreditación?

- ▶ Retroalimentación positiva post acreditación.
- ▶ Continuidad en Monitorización en la entrega de resultados mensuales de supervisión de indicadores por los jefes de servicios clínicos y de apoyo a Departamento de Calidad
- ▶ Supervisión del Depto. de Calidad a los jefes de servicio respecto a actualización en sus carpetas de protocolos y pautas de supervisión.
- ▶ Revisión de protocolos para mantener vigencia

Que pasó con los equipos de trabajo?

Se mantuvieron?

- ▶ Los equipos de trabajo se han mantenido sin modificación.
- ▶ En caso de cambio en los cargos o reemplazo temporales, el Depto. de Calidad se encarga de capacitarlos y de esta forma asegurar la continuidad en la supervisión y seguimiento de indicadores.



Que encontró la Superintendencia de Salud en la visita post Acreditación?

El resultado de la fiscalización de la mantención de estándar de acreditación para Prestadores de atención cerrada, efectuado a Clínica Portada, correspondió a la evaluación de 12 características obligatorias, las que se compararon con los resultados obtenidos durante el Proceso de acreditación:

Se mantuvo el cumplimiento logrado en la acreditación en 6 características:

- ▶ DP 2.1, GCL 1.11, AOC 1.2,
- ▶ RH 1.1, APF 1.3 y APE 1.3.



- ▶ En API 1.2, subió el porcentaje de cumplimiento alcanzado en la acreditación.
- ▶ En AOC 1,1, bajó su porcentaje cumplimiento, no obstante, cumplió con el umbral mínimo exigido por el estándar de acreditación, esto debido a que se entrevistó a personal nuevo en el área de consultas médicas, servicio recién en funcionamiento.
- ▶ Se dieron como No cumplidas, las características: CAL 1.2, GCL 1.12, AOC 1.3 y EQ 2.1



Cal 1.2, No cumplió debido a que algunas metas de calidad para el 2014 de los servicios no definían el plazo para alcanzar la totalidad de sus metas.

GCL 1.12, el Protocolo al momento de la fiscalización no cumplía debido a no estaba acorde a la Circular IP No 31 del 01 de julio del 2014, la cual instruía sobre la constatación de identificación de pacientes, en el punto de “*Identificación del Paciente*”, entendiéndose por esto que ella deba encontrarse en el “Paciente” (extremidad, dorso, o donde el prestador lo defina) y no en otro lugar como “la cabecera de la cama del paciente”.



AOC 1.3 en el 3° Elemento Medible:

En APA y API se notificaron exámenes con resultados críticos no definidos en los protocolos.

- ▶ **Por lo anterior, se modificó ambos protocolos, incluyendo los resultados críticos que se informaban fuera de protocolo.**

EQ 2.1, se dió como no cumplido el programa, debido a que No se encontró en el documento, la descripción del programa de actividades de mantenimiento de equipos propiamente tal.



Que estrategias estamos trabajando para mantener el cumplimiento de los estándares?

- ▶ **Planificación Anual del trabajo a realizar que incluye 2 Autoevaluaciones al año con sus respectivas cierre de brechas en las características no cumplidas o con bajo umbral de cumplimiento.**
- ▶ **Mantenimiento de los equipos de calidad.**



- ▶ Revisión metódica y continua por el equipo de calidad de los dictámenes de la superintendencia de salud (circulares e IP)) y aplicación de las modificaciones cuando corresponda a nuestros protocolos, procesos o metodología de supervisión.
- ▶ Reuniones del Depto. de Calidad y reuniones informativas, ampliadas con los encargados de calidad de cada servicio de manera de producir retroalimentación y actualización del Proceso de Acreditación.





**REACREDITACIÓN
TRABAJO DE TODOS**