



Re Acreditación

“Manteniendo el esfuerzo”

Hospital Militar del Norte

EU Elizabeth Castro Dorochessi

Jefe Depto. Gestión de Calidad y Seguridad del
paciente



Hospital Militar del Norte

Acreditado desde el 02 de Mayo del 2014 con un 89%





¿Cómo se continuó trabajando después de la Acreditación?

- Difusión del informe de Acreditación elaborado por empresa SEA Salud Ltda. a Directores, Jefes de Servicio y Supervisores.
- Depto. de Calidad revisa exhaustivamente el informe.
- Elaboración de Plan de Mejora que incluye tanto las observaciones y los no cumplimientos.
- Seguimiento de los plazos establecidos.



¿Cómo se continuó trabajando después de la Acreditación?

ANÁLISIS DEL INFORME DE ACREDITACIÓN Y SU PLAN DE CORRECCIÓN								
Ambito	Característica	Elementos Medibles	Umbral Exigido	% Obtenido	Observaciones Empresa evaluadora SEA	Acciones	Responsable	Plazo
Dignidad del paciente	DP-4.2	Control de actividades de pre-grado.	75%	52%	En Pabellón, Obstetricia y Urgencia, no se tuvo a la vista documento que deje constancia de la no existencia de alumnos y de la no evaluación. Sin cumplimiento: Se documenta programa de supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos. Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica.	Iniciar ejecución del programa de supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos y su constancia. Al finalizar el año en caso de no tener alumnos en un período, emitir certificado haciendo alusión a la ausencia de alumnos en cada servicio según corresponda, entregando copia de dicho certificado a Coordinador de cada servicio.	Coordinadora Docente Maritza Arias	30.JUL.2014



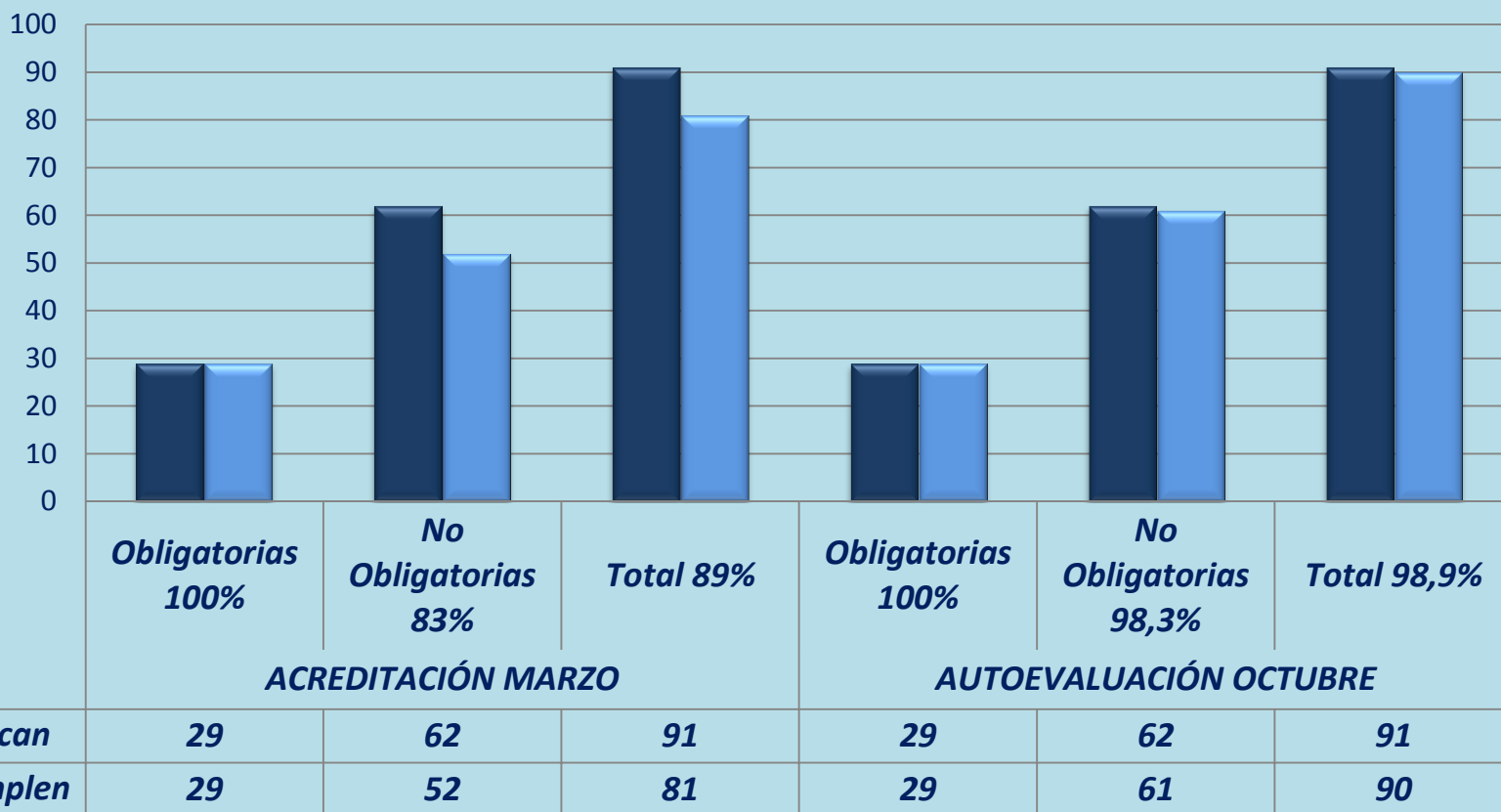
¿Cómo se continuó trabajando después de la Acreditación?

- Se mantiene protector de pantalla con láminas relacionadas con Acreditación.
- Inducción mensual al personal nuevo, abordando temas de Calidad:
 - Política de Calidad
 - Vigilancia de eventos adversos
 - Código Azul
 - Planes de emergencia
 - Ley 20.584
- Monitoreo permanente de Indicadores de Calidad.



Autoevaluación interna en Octubre 2014

ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN 2014





¿Cómo se continuó trabajando después de la Acreditación?

Nº	Servicio	Informe indicadores II semestre 2014	Informe cumplimiento Metas de calidad 2014	Metas de calidad 2015
1	Ginecología-Obstetricia	SI	SI	SI
2	Neonatología	SI	SI	NO CORRESPONDE
3	Imagenología	SI	SI	SI
4	Laboratorio	SI	SI	SI
5	UTI	SI	SI	SI
6	Medicina	SI	SI	SI
7	Cirugía	SI	SI	SI
8	Banco de sangre	SI	SI	SI
9	Pabellón	SI	SI	SI
10	Traumatología	SI	SI	SI
11	Pediatría	SI	SI	SI
12	Cirugía infantil	NO MIDE	SI	SI
13	Archivo	SI	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDE
14	CAM	SI	SI	SI
15	COM	SI	SI	SI
16	Endoscopia	SI	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDE
17	IAAS	SI	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDE
18	CEM	SI	SI	SI
19	Esterilización	SI	SI	SI
20	Kine	SI	SI	SI
21	Urgencia	SI	SI	SI
22	APA	SI	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDE
23	Policlínico Ginecología-Obstetricia	NO MIDE	SI	SI



¿Cómo se continuó trabajando después de la Acreditación?

Indicadores bajo el umbral el servicio elabora plan de mejora

Ejército de Chile
Comando de Salud
Hospital Militar del Norte

SERVICIO

Plan de Mejora para indicadores con % de cumplimiento bajo el umbral establecido EN EL II SEMESTRE 2014

Característica	Indicador	Umbral	% de cumplimiento	Plan de mejora	Plazo	Responsable

Nombre: _____

Cargo:

Servicio:



¿Que pasó con los equipos de trabajo? ¿Se mantuvieron?

- En general los equipos de trabajo se mantienen motivados y conformados.
- En Diciembre 2014 asume nuevo Director General del HMN.



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

Visita realizada desde el 13 al 17 de Abril del 2015

- ✓ DP 2.1
- ✓ GCL 1.1
- ✓ GCL 1.5
- ✓ GCL 1.11
- ✓ GCL 1.12
- ✓ AOC 1.1
- ✓ AOC 1.3
- ✓ REG 1.1
- ✓ INS 1.1
- ✓ APF 1.3
- ✓ APL 1.4
- ✓ APL 1.5

12 CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS EVALUADAS



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

5 características en que bajó el nivel de cumplimiento

1.- DP 2.1 Consentimiento informado

- Uso de abreviaturas
- Ilegibilidad del atributo “Nombre del médico”
- Ausencia de atributos tales como:
Identificación del paciente, procedimientos a realizar y firma del médico

2.- GCL 1.11 Trazabilidad de biopsias

- Falta de descripción de cómo se realiza el resguardo de las muestras en el almacenamiento transitorio
- Manejo de las muestras citológicas
- Condiciones del traslado de las muestras



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

3.- REG 1.1 Ficha clínica única e individual

- Nos faltaba explicitar la vinculación de las fichas clínicas en los distintos soportes
- La ubicación de los DAU no aseguraba el resguardo de la información

4.- APF 1.3 Stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades de pacientes de mayor riesgo

- La periodicidad de reposición debía estar mas acotada
- Los medicamentos e insumos de 2 de las unidades críticas no estaban independientes del carro de paro



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

5.- APL 1.4 Registros de participación en PEEC

- En uno de los subprogramas con resultado insatisfactorio, faltaba el análisis y acciones de mejora



¿Qué estrategias estamos trabajando para mantener el cumplimiento de los estándares?

- Mantener vigentes y actualizados los documentos reguladores, incorporando las interpretaciones publicadas en versión N° 3 de Enero 2015, del Compendio de Circulares interpretativas de la SIS.
- Continuar la medición de los indicadores de calidad, elaborando planes de mejora de los servicios al no alcanzar sus umbrales.
- Realizar 1 autoevaluación externa anual.



MUCHAS GRACIAS

