



Programa de Calidad Institucional “Estrategias año 2019”

Dra. Berta Cerda Álvarez

Directora

Viernes 05 de Abril 2019

*“Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente”*



**“Usted se encuentra trabajando
en una institución pública
acreditada por la
Superintendencia de Salud”**

"Trabajando por la Seguridad del Paciente"



❖ Reforma de Salud en Chile

- Los problemas derivados de un desempeño deficiente de los sistemas de salud, como la falta de acceso, oportunidad de la atención, seguridad, repercuten directamente en los usuarios ya que resultan perjudicados por tratamientos inoportunos o ineficaces, o por defectos de seguridad en la atención (WHO, 2000).



*“Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente”*



❖ Modelo Garantístico de Salud. Ley: 19.966



1. Prestador Individual Registrado
2. Prestador Institucional Acreditado
3. Certificación de Especialidades

Garantía de Calidad: Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

Dimensiones de la Calidad: Competencia técnica, Oportunidad, Continuidad de la atención, Eficiencia, Efectividad, Eficacia, Satisfacción Usuaria, Seguridad.

CALIDAD = SEGURIDAD

*"Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente"*



Gestión de la Calidad en la Institución

GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER		
TRIENAL	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	DAR CUMPLIMIENTO A LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020: Objetivo Estratégico N°8 "Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas"
	POLÍTICA DE CALIDAD	
	Programa de Calidad: 2 Áreas Temáticas I. Acreditación de Prestadores Institucionales II. Vigilancia de Eventos Adversos	
ANUAL	PLANES DE ACTIVIDADES: 2	

*“Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente”*



Gestión de la Calidad en la Institución: Programa de Calidad

PLAN DE ACTIVIDAD N°1:

Elaboración de un programa de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de la atención, homologado al Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y a las metas internacionales de seguridad del paciente (OMS). Año 2019.

PLAN DE ACTIVIDAD N°2:

Realizar seguimiento de los casos que informa el sistema de vigilancia de eventos adversos e intervenirlos con medidas de mejora con la finalidad de disminuir la incidencia de errores en las prácticas clínicas y con ello contribuir al otorgamiento de atenciones de salud seguras para el usuario, durante el año 2019

*“Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente”*



PLAN DE ACTIVIDAD N°1:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN		ACTIVIDADES
1. Realizar actividades de fiscalización y control entre oficina de calidad y subdirecciones para fortalecer prácticas obligatorias propias del proceso de acreditación.	1	Revisión de Consentimiento Informado y Evaluación preanestésica en pacientes egresados de Cirugía hospitalizados por oficina de calidad.
	2	Subdirección de calidad realiza auditorías a Consentimiento Informado (a servicios de Imagenología, Endoscopía y Cirugía Menor).
	3	Subdirección de calidad realiza auditorías a Trazabilidad de Biopsia (a servicios de Pabellón, Imagenología, Endoscopía y Anatomía Patológica).
2. Apoyo desde el SSMN a la institución en mantención de la Acreditación	4	Programación de reunión entre oficina de calidad del SSMN y las oficinas de calidad de los hospitales.
	5	SSMN realizan visitas en terreno y auditan características obligatorias que han presentado alguna dificultad en su continuidad, como medida de apoyo para mantener el cumplimiento de la acreditación
3. Auditoría Externa	6	Evaluación de todas las características Obligatorias y No Obligatorias del establecimiento realizada por consultora externa.
4. Fortalecimiento de los funcionarios en la mantención de los estándares de la Acreditación	7	Capacitación en Acreditación: Dirigida a los funcionarios nuevos que han asumido en el rol de encargado de calidad.

"Trabajando por la Seguridad del Paciente"



PLAN DE ACTIVIDAD N°1 (Continuación):

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN		ACTIVIDADES
5. Desarrollar instancias de participación con los coordinadores de C°R° Clínicos, de apoyo Clínico y de apoyo logístico en temáticas de calidad y seguridad del paciente.	8	Realización de comites de calidad .
	9	Acompañamiento de la Oficina de Calidad a los referentes de calidad para monitorear en forma activa los procesos asistenciales de los servicios preferentemente con presencia de jefatura del C°R°
6. Participar en la induccion de funcionarios nuevos entregando lineamientos institucionales generales de calidad	10	Participar en el plan de induccion de RRHH y entregar la mirada de la Política y Calidad Institucional.
7. Gestionar ingreso a Sistema de Re-Acreditación	11	a) Realizar informe de autoevaluación b) Ingresar Solicitud de Re Acreditación ante la Super Intendencia de Prestadores
8. Participación del nivel jerárquico mas alto del CRo unidad en la implementación y aseguramiento de la acreditación de prestadores institucionales	12	Participación Obligatoria de las jefaturas médicas, coordinadores y encargados de calidad en el comité de calidad.
	13	Reuniones del equipo de trabajo de los CR en donde se presenten temas relacionados con la acreditación y se identifiquen a tiempo las dificultades que se presentan
9. Detectar debilidades oportunamente del plan de actividades y generar medidas de mejora cuando corresponda	14	Evaluación del plan de Actividades

*“Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente”*



PLAN DE ACTIVIDAD N°2:

OBJETIVO DEL PLAN		DESCRIPCION DEL PLAN (ACTIVIDADES)
1.Fortalecer el sistema de vigilancia de eventos adversos, cuya finalidad es la disminución de la ocurrencia de eventos adversos.	1	Monitoreo y presentación de los casos de Eventos adversos en Comité de Riesgo.
	2	Auditoría de fichas clínicas para controlar la confirmación de la notificación de Eventos Adversos al paciente.
	3	Elaboración de Informe de análisis trimestral de eventos adversos para su difusión ante la dirección y los servicios clínicos
	4	Adecuación e incorporación de requerimientos de tecnovigilancia en el sistema actual de Vigilancia de Eventos adversos (Norma Técnica 204 en Resolución N°144 del 21/12/2018)

*“Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente”*



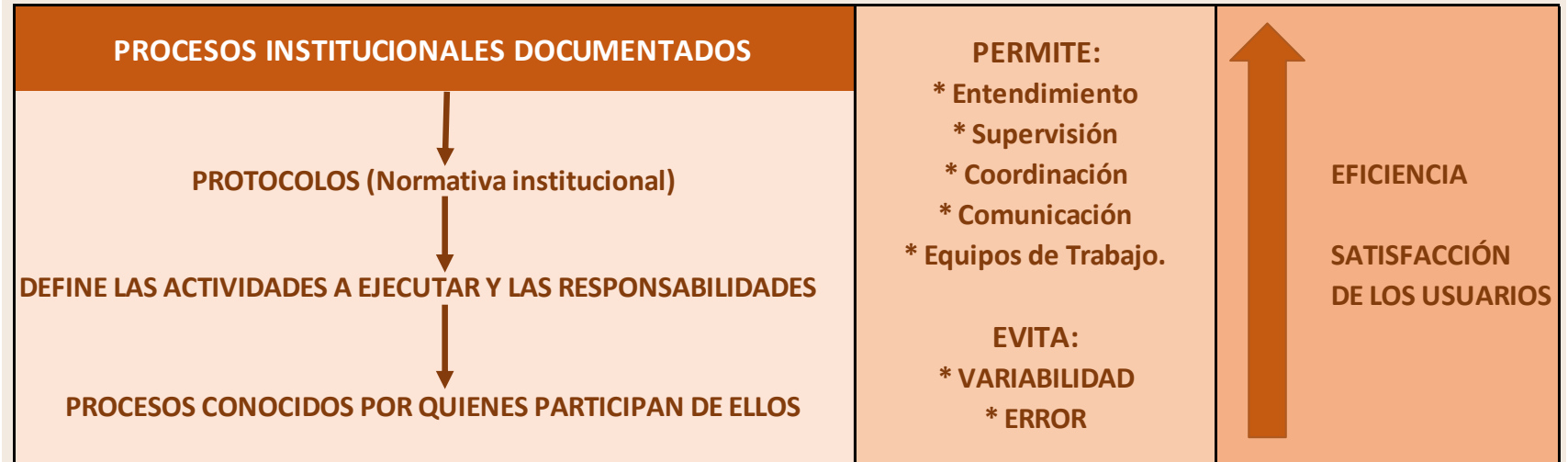
Gestión de la Calidad en la Institución: Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos

- Sistema de gestión de Eventos Adversos en línea
- Sistema Monitoreado diariamente por Unidad de Calidad.
- La Notificación del Evento Adverso es de responsabilidad del Encargado de Calidad
- Notificación oportuna del evento ocurrido, a través del sistema informático
- Todo paciente que ha sufrido un evento adverso o centinela, debe ser notificado inmediatamente, una vez detectada su ocurrencia (sticker de notificación)
- Incorporación de la Tecnovigilancia al sistema informático de eventos adversos (Norma Técnica N° 204 sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención respecto de Seguridad en el Uso de los Dispositivos Médicos: Tecnovigilancia).

*“Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente”*



Gestión de la Calidad en la Institución: Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos



Incumplimiento de la normativa institucional

↓

Mayor riesgo de EA- EC

*“Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente”*



Que Debo Saber:

Sistema SERQ. Clave maestra acceso:

- Usuario: incancer
- Contraseña: incancer2016

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER
Instituto Nacional del Cáncer Monitoreo

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER CHILE

Acreditación de Prestadores

- Monitoreo Indicadores
- Características obligatorias
- Características por servicio
- Todas las características
- Monitoreo Indicadores por servicio
- Consolidado por servicio
- Consolidado global

Autorización Sanitaria

- Informe global

Gestión de Calidad

- Monitoreo Indicadores
- Monitoreo Indicadores por servicio

Búsqueda de documentos

Cálculo de tamaño muestral

Información para la Gestión

Manual de uso

Mesa de ayuda

*"Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente"*



Gestión de la Calidad en la Institución

Resultados Autoevaluación

RESULTADOS	Proceso Acreditación	Autoevaluación	
	Cumplimiento A Dic 2016 AGS	Cumplimiento a Dic 2017	Cumplimiento A Dic 2018
Características Totales	106	106	106
Características Aplicables	91	88	92
Cumplimiento C. Obligatorias	27/27 (100%)	18/27 (67%)	26/27 (96%)
Cumplimiento C. No Obligatorias	54/64 (84%)	48/61 (79%)	58/65 (89%)
Cumplimiento Global	89%	75%	91%

*“Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente”*



PROXIMAS ACTIVIDADES

3ra semana mayo 2019: Evaluación por parte del SSMN de todas las características obligatorias que aplican a: Medicina, UPC, Farmacia e Imagenología

Ultima semana junio 2019: Auditoría externa a toda la institucion de todas las carcteristicas que le aplican, como autoevaluacion para presentarse a la re acreditación

Presentación de informe de Autoevaluación a SIS fines de **Noviembre 2019**

Fecha probable de Reacreditación : **Enero a Marzo del 2020**

“LA CALIDAD ES TAREA DE TODOS”

*“Trabajando
por la
Seguridad del
Paciente”*



Muchas gracias