



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

FISCALIZACIÓN MANTENCIÓN DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN

**Jeannette González Moreira
Lisette Vergara Oviedo
Unidad de Fiscalización en Calidad**

VII ENCUENTRO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

27 de Septiembre de 2017



FISCALIZACIÓN A PRESTADORES ACREDITADOS

Se realiza al año de que el prestador ha sido acreditado

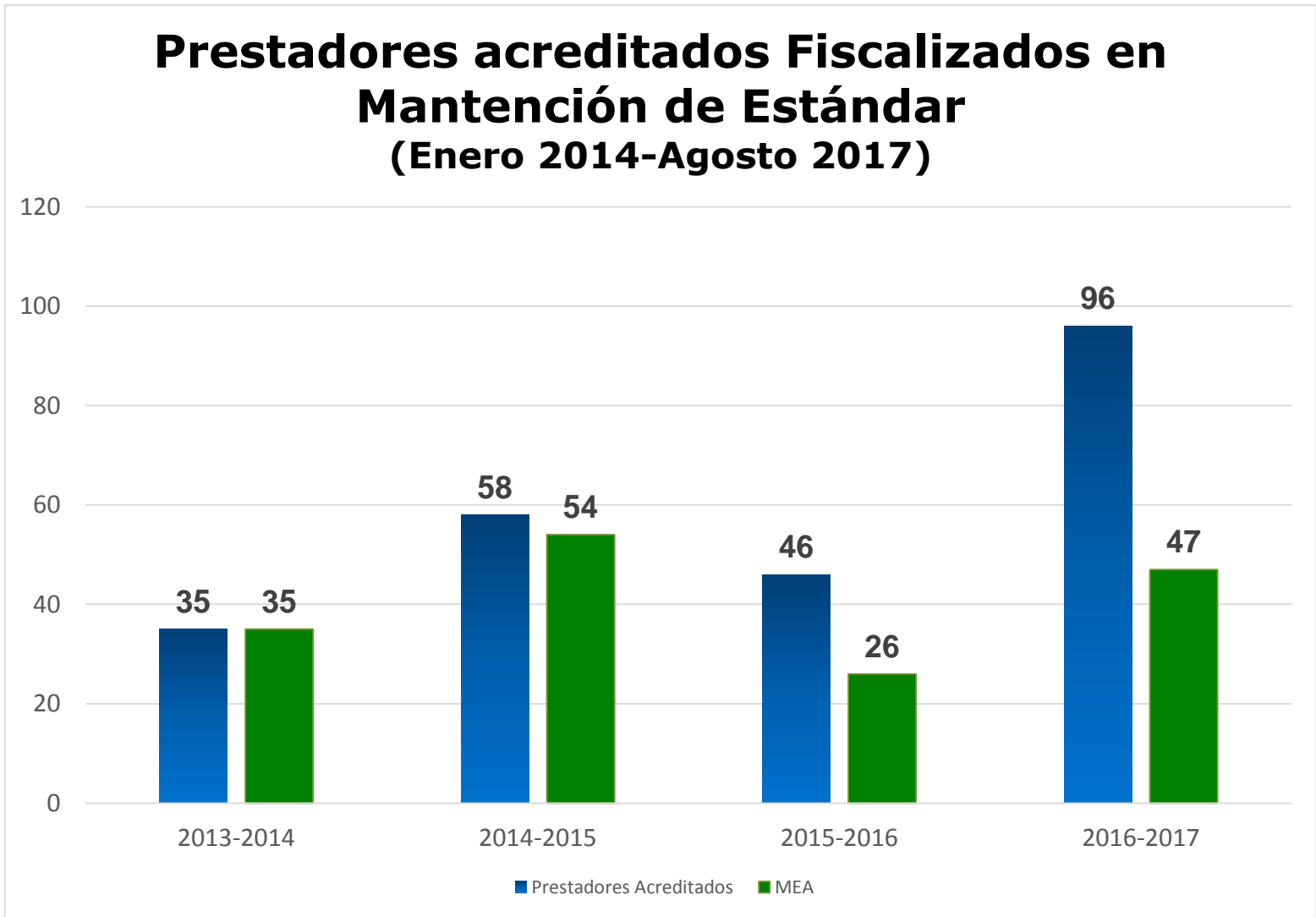
Evaluación rigurosa y minuciosa, aplicando las interpretaciones vigentes

Promedio de evaluación de 10 a 13 características obligatorias

Enfoque correctivo, de aprendizaje y retroalimentación

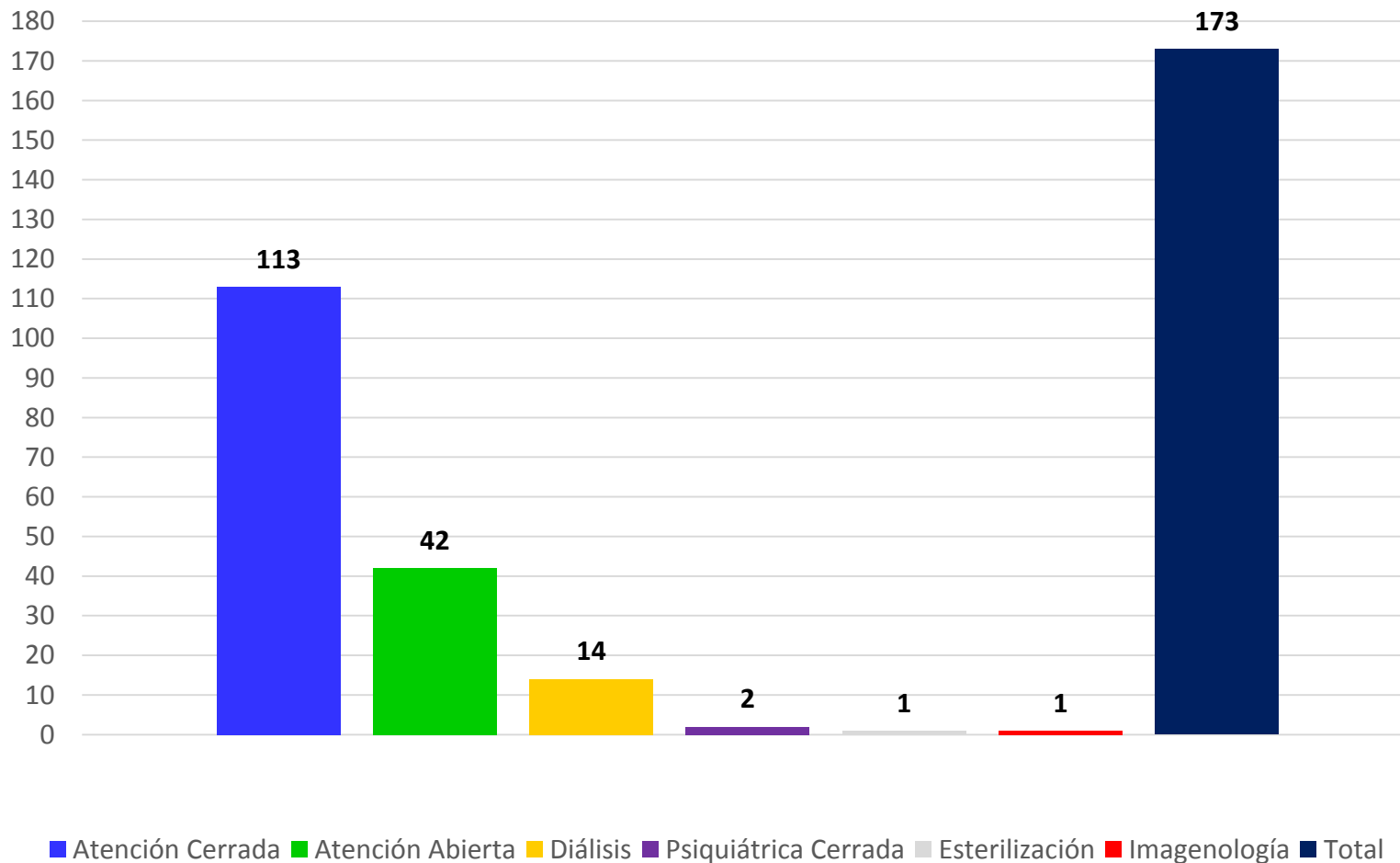
El 98% de las fiscalizaciones da origen a un plan de mejoras





Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad

Fiscalizaciones por tipo de Estándar (Enero 2014-Agosto 2017)



Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad

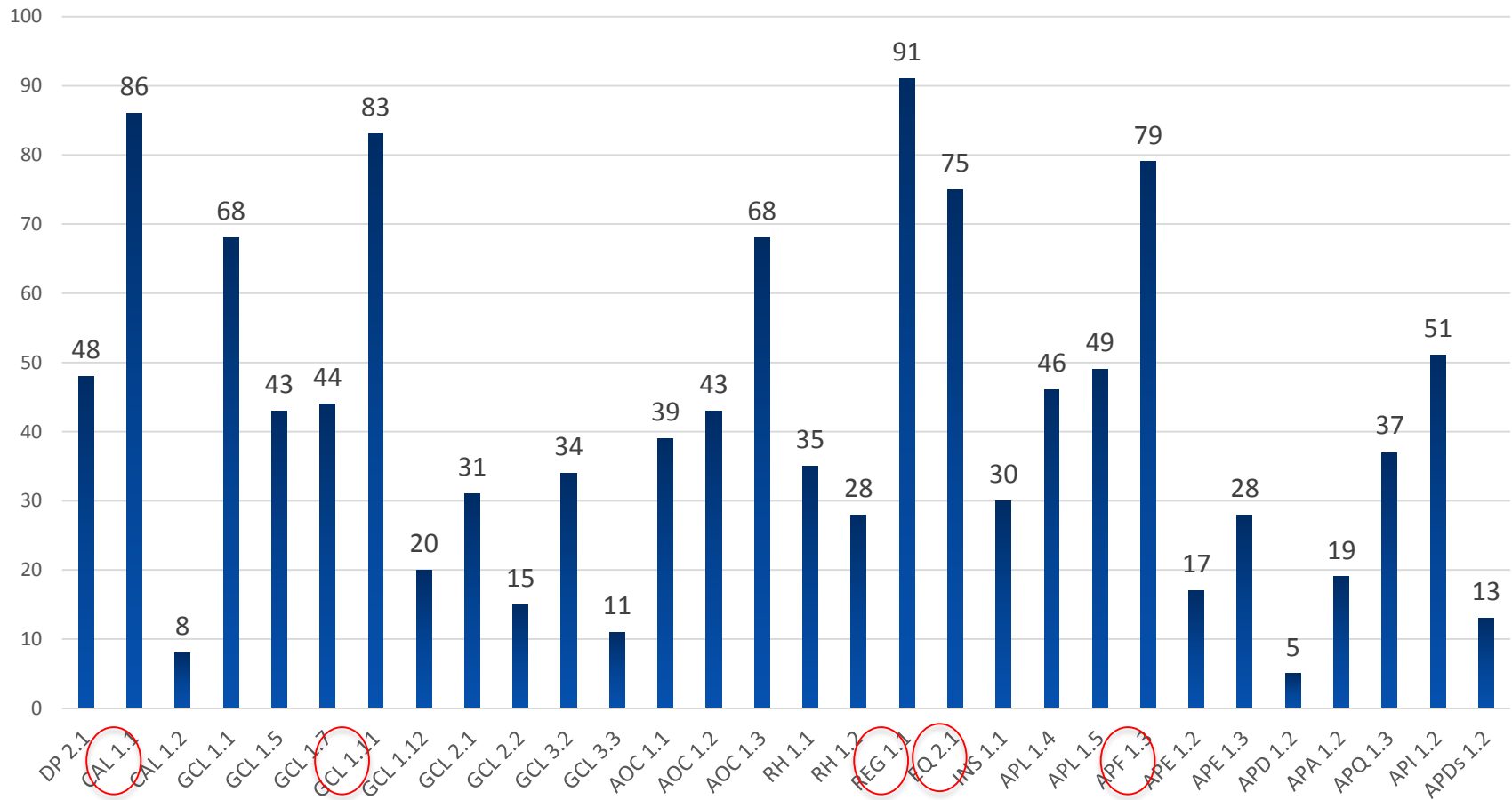


Características Fiscalizadas Estándar de Atención Cerrada

| Caract. | Total |
|----------|-------|
| DP 2.1 | 48 |
| CAL 1.1 | 86 |
| CAL 1.2 | 8 |
| GCL 1.1 | 68 |
| GCL 1.5 | 43 |
| GCL 1.7 | 44 |
| GCL 1.11 | 83 |
| GCL 1.12 | 20 |
| GCL 2.1 | 31 |
| GCL 2.2 | 15 |
| GCL 3.2 | 34 |
| GCL 3.3 | 11 |
| AOC 1.1 | 39 |
| AOC 1.2 | 43 |
| AOC 1.3 | 68 |
| RH 1.1 | 35 |
| RH 1.2 | 28 |
| REG 1.1 | 91 |
| EQ 2.1 | 75 |
| INS 1.1 | 30 |
| APL 1.4 | 46 |
| APL 1.5 | 49 |
| APF 1.3 | 79 |
| APE 1.2 | 17 |
| APE 1.3 | 28 |
| APD 1.2 | 5 |
| APA 1.2 | 19 |
| APQ 1.3 | 37 |
| API 1.2 | 51 |
| APDs 1.2 | 13 |

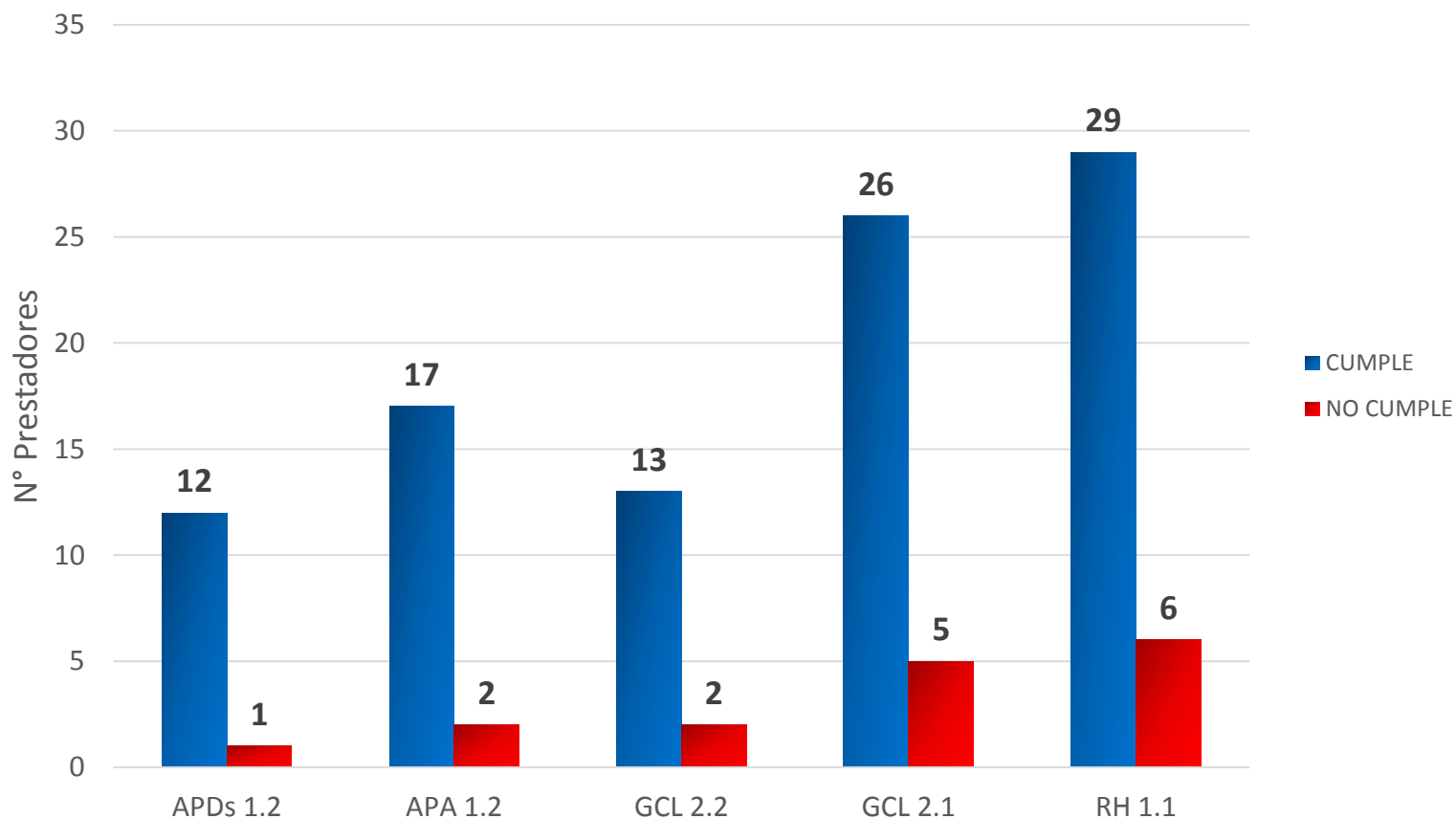
| Caract. | Total | Cumple | % Cumpl. |
|----------|-------|--------|----------|
| APD 1.2 | 5 | 5 | 100% |
| APDs 1.2 | 13 | 12 | 92% |
| APA 1.2 | 19 | 17 | 89% |
| GCL 2.2 | 15 | 13 | 87% |
| GCL 2.1 | 31 | 26 | 84% |
| RH 1.1 | 35 | 29 | 83% |
| RH 1.2 | 28 | 23 | 82% |
| APL 1.5 | 49 | 39 | 80% |
| AOC 1.2 | 43 | 34 | 79% |
| APE 1.3 | 28 | 22 | 79% |
| INS 1.1 | 30 | 23 | 77% |
| CAL 1.2 | 8 | 6 | 75% |
| DP 2.1 | 48 | 35 | 73% |
| GCL 3.3 | 11 | 8 | 73% |
| API 1.2 | 51 | 37 | 73% |
| AOC 1.1 | 39 | 28 | 72% |
| APE 1.2 | 17 | 12 | 71% |
| GCL 1.1 | 68 | 47 | 69% |
| APL 1.4 | 46 | 31 | 67% |
| GCL 1.5 | 43 | 26 | 60% |
| GCL 1.12 | 20 | 12 | 60% |
| APF 1.3 | 79 | 42 | 53% |
| GCL 1.11 | 83 | 44 | 53% |
| AOC 1.3 | 68 | 35 | 51% |
| GCL 1.7 | 44 | 21 | 48% |
| CAL 1.1 | 86 | 33 | 38% |
| APQ 1.3 | 37 | 12 | 32% |
| GCL 3.2 | 34 | 10 | 29% |
| REG 1.1 | 91 | 14 | 15% |
| EQ 2.1 | 75 | 7 | 9% |

Características Fiscalizadas con Mayor Frecuencia Estándar de Atención Cerrada



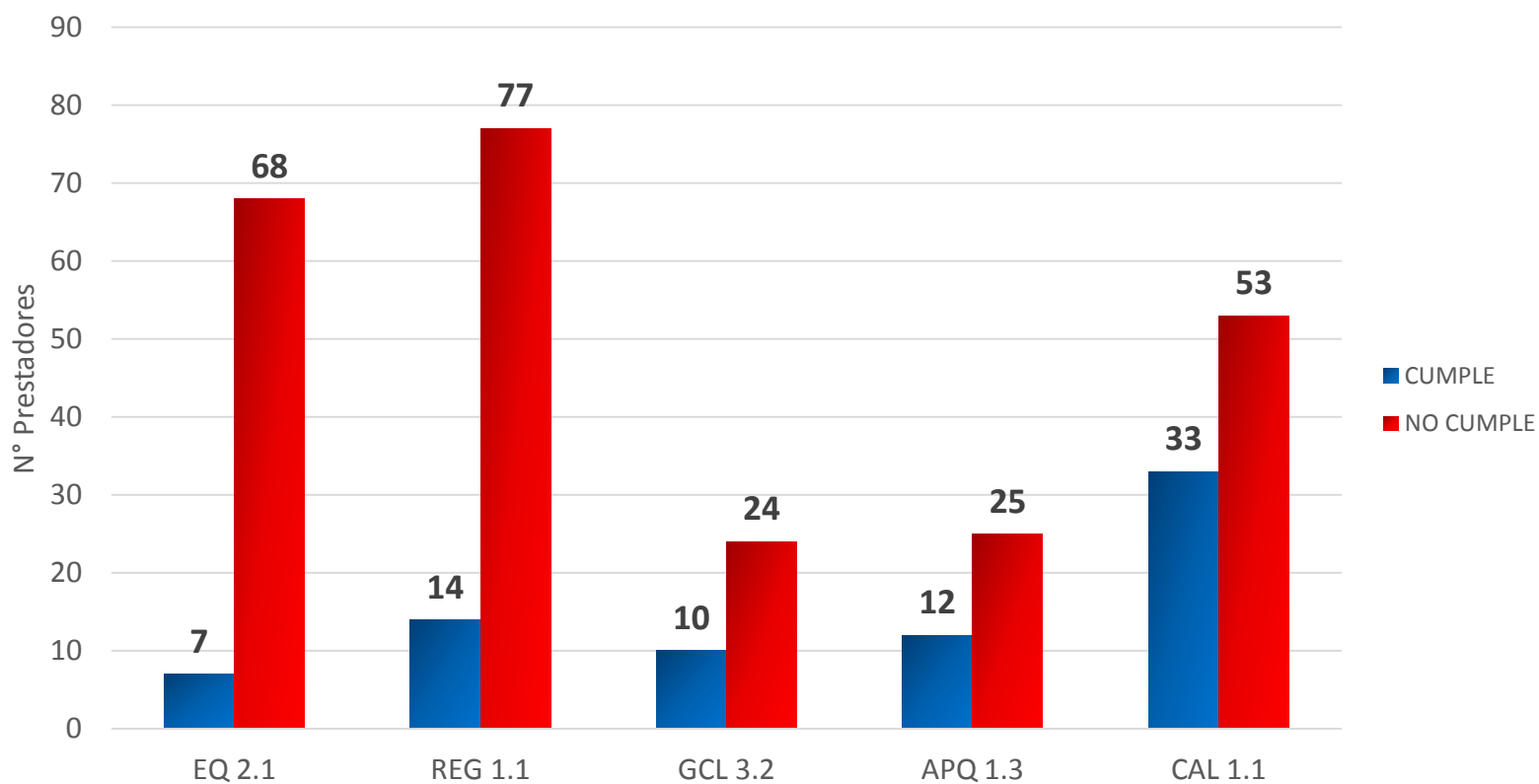
Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad

Características con Mayor Cumplimiento En Fiscalizaciones de Estándar AC



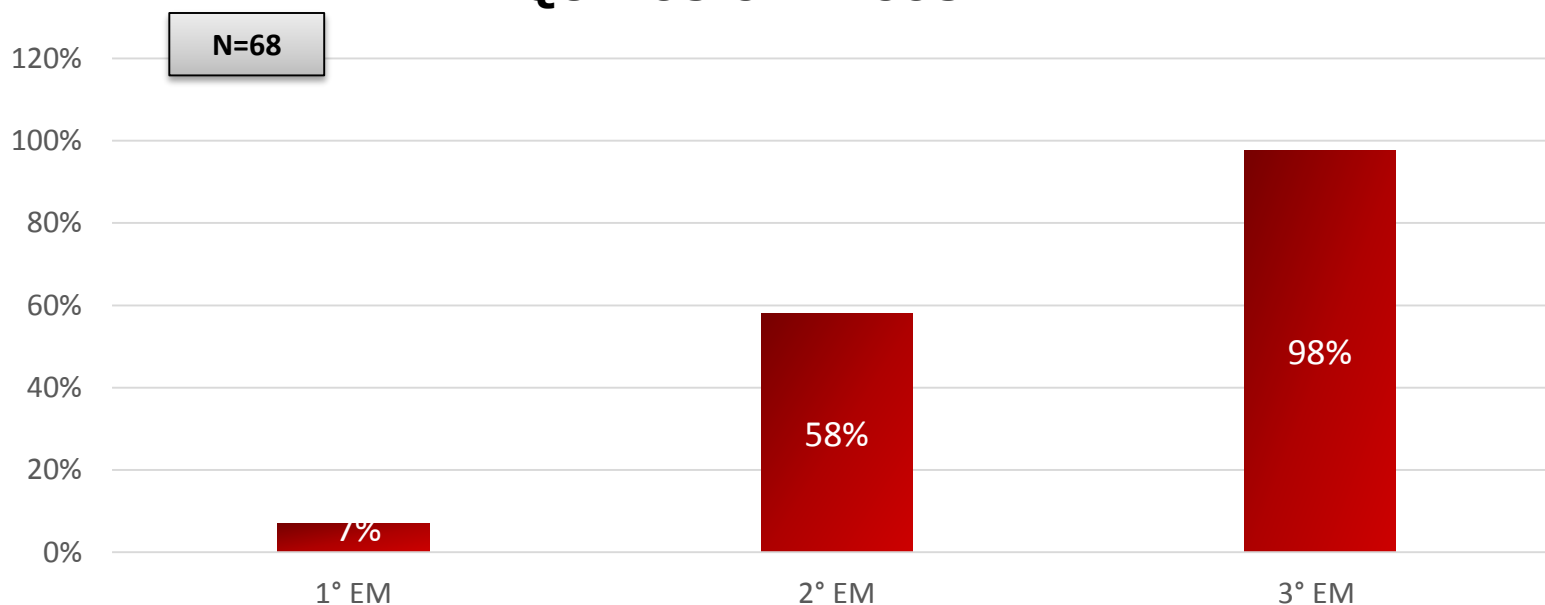
Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad

Características con Menor Cumplimiento En Fiscalizaciones de Estándar AC



Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad

EQ 2.1 "PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS CRÍTICOS"



| | |
|-------|--|
| 1° EM | Se ha designado al responsable del mantenimiento preventivo |
| 2° EM | Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo de equipos críticos |
| 3° EM | Existe constancia que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo de acuerdo al programa |

PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA EQ 2.1



Primer elemento medible:

- Resolución de nombramiento no se encuentra vigente.
- No se ha designado al responsable del mantenimiento preventivo de las ambulancias.

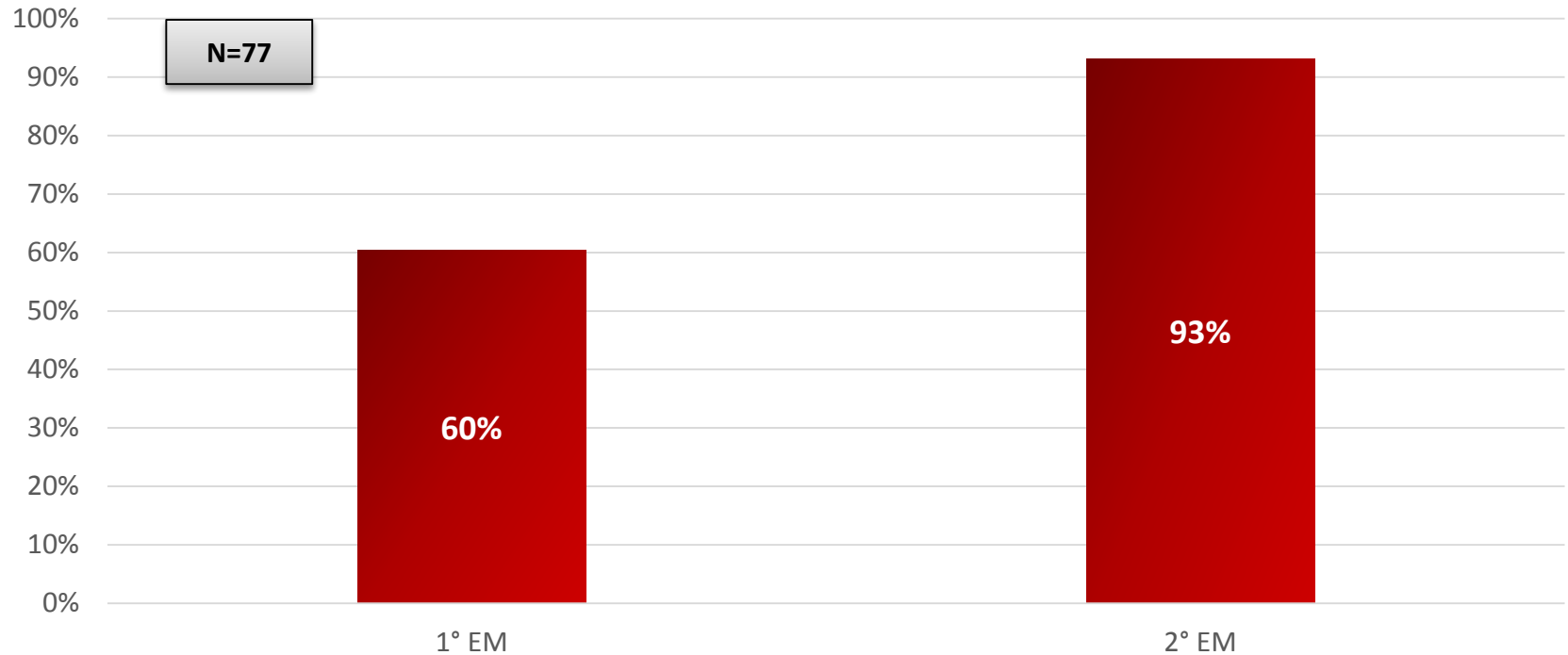
Segundo elemento medible:

- Programa de mantenimiento no describe las actividades mínimas a realizar en la mantención preventiva de cada equipo crítico.
- Documento no define la periodicidad de la mantención preventiva.
- Programa de mantenimiento preventivo no incluye a las ambulancias de urgencia.

Tercer elemento medible:

- No se cumple con la periodicidad de la mantención preventiva, de acuerdo a lo programado por el prestador.
- Actividades realizadas en mantención preventiva del equipo crítico constatado no corresponden a las actividades mínimas definidas en el protocolo.
- Mantención preventiva realizada no incluye todas las actividades programadas.
- No se realiza mantención preventiva de acuerdo al protocolo del prestador.

REG 1.1 "FICHA CLÍNICA ÚNICA"



| | |
|-------|--|
| 1° EM | Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo. |
| 2° EM | Se constata existencia de ficha clínica única e individual. |

PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA REG 1.1



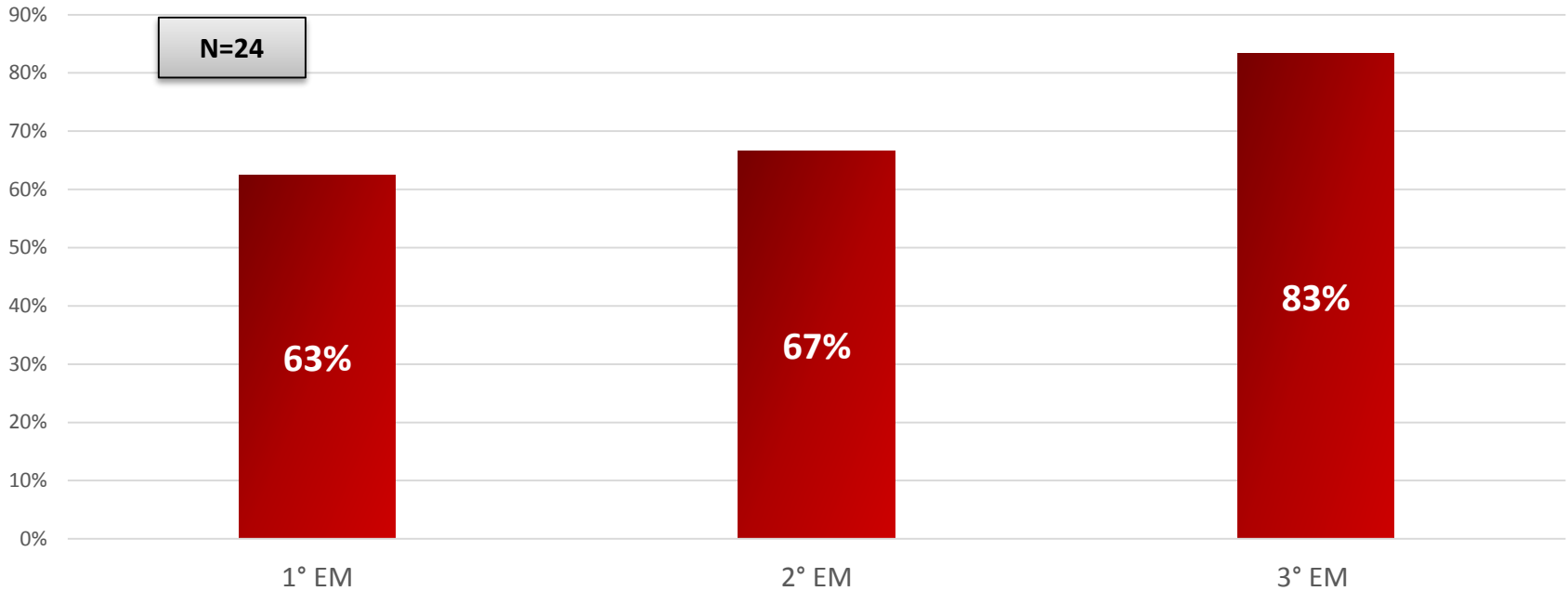
Primer elemento medible:

- El documento no describe explícitamente el código único de identificación de los registros clínicos que conforman la ficha del paciente.
- El documento no describe el procedimiento de acceso a la integridad de la información, por parte del personal que participa en la atención del paciente.
- No se describe el procedimiento de acceso y vinculación de los distintos soportes que conforman la ficha clínica única.

Segundo elemento medible:

- Se constatan registros paralelos no declarados en el documento institucional y no vinculados a la ficha del paciente.
- Existen prestaciones de profesionales de la salud que no se registran en la ficha clínica del paciente. (soporte papel o electrónico).
- Dato de atención de urgencia (DAU) no se encuentra vinculado a la ficha clínica del paciente.
- El personal de enfermería y técnico no tienen acceso a la ficha electrónica del paciente, lo que no permite el acceso a la integridad de la información de todas las personas que intervienen en la atención de éste.

GCL 3.2 "SISTEMA DE VIGILANCIA DE IAAS"

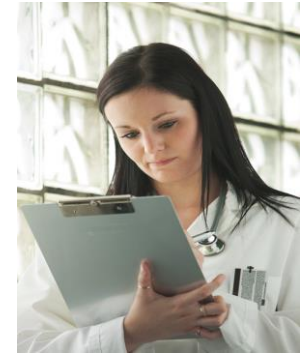


| | |
|-------|--|
| 1° EM | Existe un documento de carácter institucional que describe el sistema de vigilancia activo en infecciones intrahospitalarias, donde se explicitan IAAS vigiladas, procedimiento de vigilancia y criterios de notificación. |
| 2° EM | Se han definido indicadores (tasas de IAAS) y umbrales de cumplimiento para cada una de las IAAS vigiladas. |
| 3° EM | Existe constancia de que se ha realizado la vigilancia en forma periódica. |

PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA GCL 3.2

Primer elemento medible:

- Prestador no incluye la vigilancia de todas las IAAS obligatorias, de acuerdo a la normativa Minsal.
- Documento no describe el procedimiento de vigilancia activa.



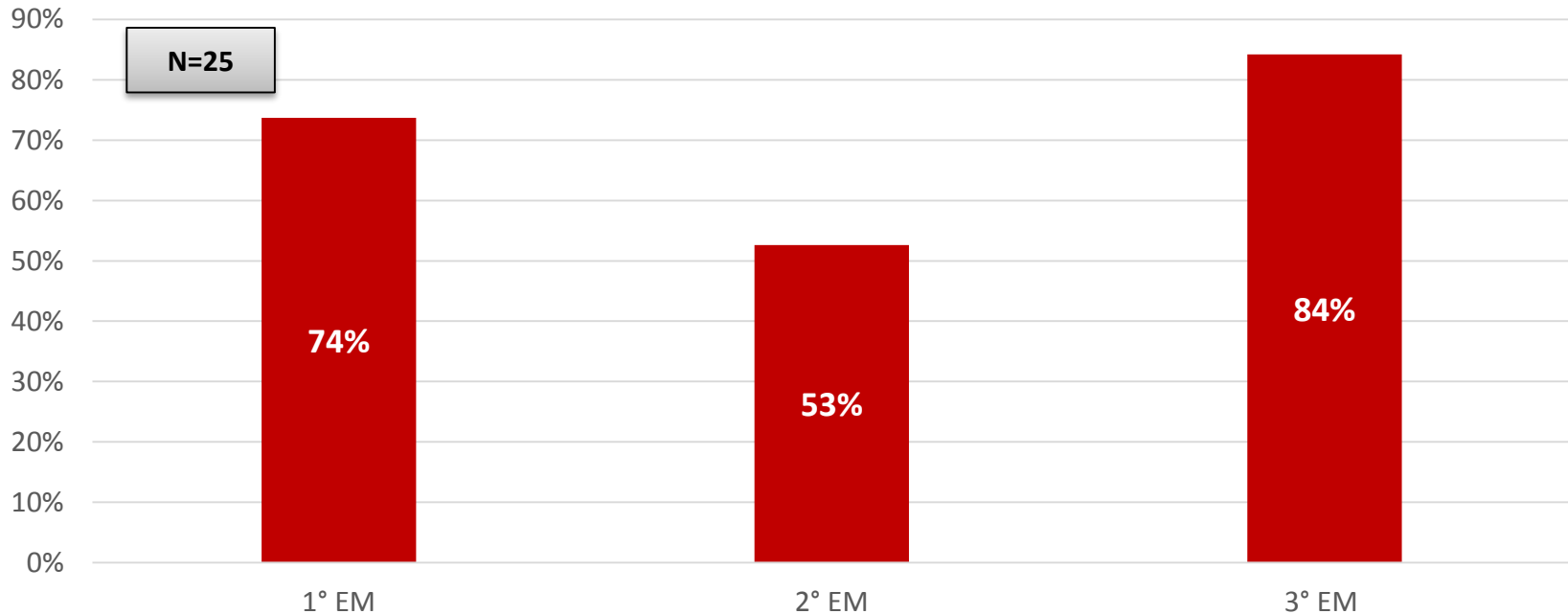
Segundo elemento medible:

- Los umbrales definidos no se encuentran actualizados de acuerdo a los "Indicadores de Referencia Nacional", definidos por el Minsal.
- No se ha definido indicador de todas las IAAS vigiladas por el prestador.

Tercer elemento medible:

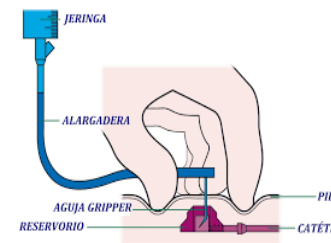
- No se cumple la periodicidad de la vigilancia de IAAS en los distintos servicios clínicos, de acuerdo a los definido en el protocolo del prestador.
- Se constata que la vigilancia de IAAS es realizada por las enfermeras de los servicios clínicos, quienes reportan a encargada de IAAS.
- No existen registros de la vigilancia realizada por enfermera de IAAS, de acuerdo a lo definido en el protocolo.
- No existe vigilancia activa del total de los pacientes expuestos en el periodo.
- No se realiza vigilancia en las pacientes no institucionales (pensionado).

APQ 1.3 "PROCEDIMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA"



| | |
|-------|--|
| 1° EM | Se describe en un documento de carácter institucional los procedimientos relacionados con administración, disposición y eliminación de medicamentos antineoplásicos; instalación y manejo de procedimientos invasivos de QMT; y vigilancia de infecciones asociadas a CVC. |
| 2° EM | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. |
| 3° EM | Existe constancia que se ha realizado evaluación periódica. |

PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA APQ 1.3



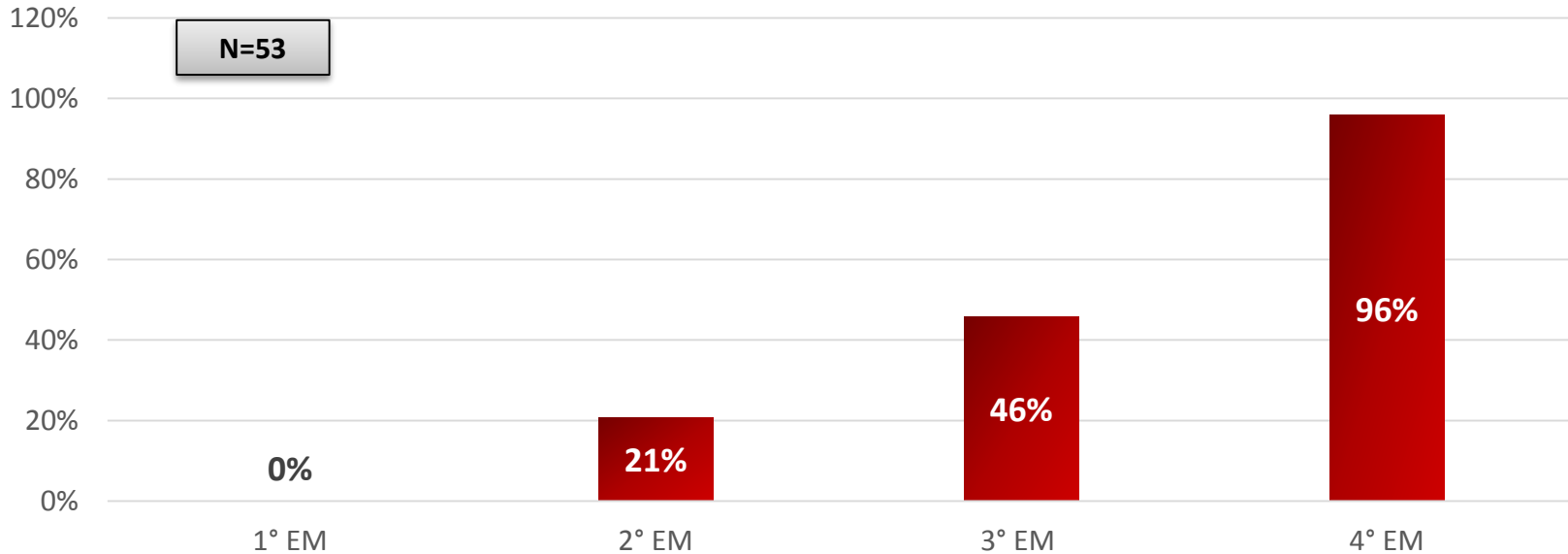
Primer elemento medible:

- No se describe el procedimiento de administración de medicamentos antineoplásicos sin fines de quimioterapia (Metrotrexato, Avastin, Mitomicina, etc.)
- No se describe el procedimiento de administración de quimioterapia por otras vías de administración (vía venosa periférica).
- El documento que describe vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales, considera sólo a los pacientes de la unidad de quimioterapia, no incluyendo a los pacientes hospitalizados en otros servicios clínicos (Medicina, UPC, etc.)

Segundo y tercer elemento medible:

- No se ha definido indicador ni se ha realizado evaluación periódica en todos los puntos de verificación donde se administran medicamentos antineoplásicos.

CAL 1.1 "PROGRAMA DE CALIDAD"



| | |
|-------|---|
| 1° EM | Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la Institución. |
| 2° EM | Existe un profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional. |
| 3° EM | Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes. |
| 4° EM | Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos. |

PRINCIPALES MOTIVOS DE INCUMPLIMIENTO CARACTERÍSTICA CAL 1.1



Segundo elemento medible:

- El prestador designa al encargado de la unidad de calidad de la institución, sin embargo, no se especifica al responsable del programa de calidad.
- El documento no describe las funciones del encargado del programa de calidad.

Tercer elemento medible:

- El programa de calidad no describe las actividades a realizar para el cumplimiento de los objetivos o metas definidas, no cumple con la definición de "Programa", establecida en el manual de acreditación.
- Las metas definidas en el programa no son medibles, no expresan un valor alcanzable.
- El programa de calidad no incorpora un sistema de evaluación anual.

Cuarto elemento medible:

- El informe de evaluación no incorpora los resultados de todos los objetivos y/o metas definidas en el programa de calidad.
- El informe de evaluación no incluye el análisis de los resultados obtenidos.



Gracias