



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

**INFORME
ANÁLISIS DE RESULTADOS
“FISCALIZACIÓN MANTENCIÓN DEL
ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN”**

**UNIDAD DE FISCALIZACIÓN EN CALIDAD
SUBDEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
INTENDENCIA DE PRESTADORES DE SALUD**

FEBRERO DE 2018

INDICE

	Página
1. Introducción	03
2. Objetivo del informe	04
3. Abreviaturas utilizadas	04
4. Procedimiento de fiscalización	05
5. Categorización de resultados de la fiscalización	09
6. Cobertura de la fiscalización a prestadores acreditados	10
7. Resultados generales de la fiscalización	13
8. Resultados de la fiscalización por Estándar de Acreditación	14
8.1. Resultados del Estándar de Atención Cerrada	14
8.1.1. Análisis de las características con mayor incumplimiento	19
8.2. Resultados del Estándar de Atención Abierta	32
8.2.1. Análisis de las características con mayor incumplimiento	35
8.3. Resultados del Estándar de Centros de Diálisis	39
8.3.1. Análisis de las características con mayor incumplimiento	42
8.4. Resultados del Estándar de Atención Psiquiátrica Cerrada	47
8.4.1. Análisis de las características con mayor incumplimiento	49
9. Fiscalización del Plan de mejoras	53
10. Anexos	65

1. INTRODUCCIÓN

La Unidad de Fiscalización en Calidad (UFC), dependiente del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de la Intendencia de Prestadores (IP), es la Unidad encargada de verificar el cumplimiento de la normativa vigente y de las instrucciones impartidas respecto del Sistema de Acreditación de Prestadores de Salud, por la Intendencia de Prestadores, por parte de las Entidades Acreditadoras y los Prestadores Institucionales de Salud, durante la ejecución de los procesos de acreditación y en la mantención de los estándares de acreditación, respectivamente, a través de las actividades de fiscalización regulares programadas.

El producto estratégico de la Unidad de Fiscalización en Calidad, es la fiscalización a Entidades Acreditadoras (EA) autorizadas por la Intendencia de Prestadores y a los Prestadores Institucionales Acreditados.

Las facultades fiscalizadoras de la Intendencia de Prestadores, en las materias que competen a los citados sujetos de fiscalización, están asentadas en el Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 y en el Decreto Supremo N°15 de 2007, ambos del Ministerio de Salud.

Las materias sujetas a fiscalización de competencia de esta Unidad, están referidas al Sistema de Acreditación para Los Prestadores Institucionales de Salud, contenidas en el citado Decreto Supremo N°15, de 2007, del Ministerio de Salud y en los Manuales de Acreditación de los diferentes Estándares y sus Pautas de Cotejo adjuntas.

Una de las materias a fiscalizar es la Mantención del Estándar de Acreditación en los Prestadores Acreditados, cuyo objetivo es verificar que el prestador que ha sido acreditado, mantenga en el tiempo las condiciones que le permitieron demostrar el cumplimiento de las características del estándar evaluado y conseguir la acreditación por el estándar correspondiente. Adicionalmente, pretende propiciar el mejoramiento continuo en la institución, realizar un trabajo de retroalimentación directo en terreno, conversando los incumplimientos encontrados, su origen y sus posibles soluciones; con el propósito de lograr que el prestador alcance su reacreditación en el tiempo definido para esto. Es así, que se trata de una fiscalización correctiva y también preventiva, en el sentido que le da la posibilidad al prestador de presentar un plan de mejoras, respecto de aquellas características que se encuentren incumplidas; el que será fiscalizado por la Intendencia y considerado para la retrospectividad de evaluación en su futura reacreditación.

A través de los años, el programa de fiscalización ha tenido diferentes focos de atención, en concordancia con la Normativa imperante, las contingencias de la política pública relacionada con salud, y los recursos disponibles para llevar a cabo los programas de fiscalización.

En el año 2017, se determina que el foco central de fiscalización para ese año, por su importancia e impacto para el Sistema de Acreditación y para el cumplimiento de la Garantía de Calidad del Régimen de Garantías Explícitas, son los prestadores acreditados. Con ello, se desea conseguir impulsar a dichos prestadores a trabajar en calidad y seguridad del paciente, a través de todos sus procesos. No obstante, la importancia e implicancias de esta fiscalización, el recurso humano disponible no alcanza para efectuarla a todos los prestadores acreditados, durante el inter periodo entre su acreditación y la presentación para su reacreditación. Siendo así, y en concordancia con

las fechas establecidas por el Decreto GES N°3 de 2016, para que determinados prestadores deban encontrarse acreditados, y cumplir con la garantía de calidad en el otorgamiento de las prestaciones GES que le competan, es que, se ha establecido que en el año 2017, se fiscalizarán los prestadores de atención cerrada de alta y mediana complejidad, públicos y privados, más los centros de diálisis.

2. OBJETIVO DEL INFORME

Presentar un resumen detallado de los resultados obtenidos por los prestadores institucionales acreditados, en la fiscalización de la mantención del estándar de acreditación, en el periodo enero de 2014 a diciembre de 2017.

3. ABREVIATURAS UTILIZADAS

UFC: Unidad de Fiscalización en Calidad

SdS: Superintendencia de Salud

IP: Intendencia de Prestadores

SGCS: Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

SIA: Sistema Informático de Acreditación

SIF: Sistema Informático de Fiscalización

MEA: Mantención del Estándar de Acreditación

PM: Plan de mejoras

EM: elemento medible

DP: Dignidad del paciente

CAL: Gestión de calidad

GCL: Gestión clínica

AOC: Acceso, oportunidad y continuidad de la atención

RH: Competencias del recurso Humano

REG: Registros

EQ: Seguridad del equipamiento

INS: Seguridad de las instalaciones

APL: Laboratorio clínico

APF: Farmacia

APE: Esterilización

APD: Diálisis

APA: Anatomía Patológica

APQ: Quimioterapia

API: Imagenología

APDs: Atención de donantes

4. PROCEDIMIENTO DE FISCALIZACIÓN

A. ENTIDAD FISCALIZADA: Prestadores institucionales de la Red Pública y Privada del país, que se han sometido al proceso de acreditación y han acreditado según el estándar de acreditación que les corresponda.

- Tipo de Fiscalización: Regular
- Cobertura: Nacional
- N° de Establecimientos: 161
- N° de Fiscalizaciones: 168
- Enfoque:

{	En el año 2014, Sistémico
	Desde el año 2015 en adelante, enfoque de Riesgo
- Tipo de Desarrollo: En terreno
- Periodo de Fiscalización: Enero de 2014 a diciembre de 2017

B. SELECCIÓN DE PRESTADORES:

- En el año 2014, se fiscalizan todos los prestadores acreditados en el año anterior, independiente del estándar por el cual fueron acreditados.
- En el año 2015, la fiscalización en esta materia, se enfoca en los prestadores de atención cerrada, prestadores de atención abierta de alta complejidad y centros de diálisis.
- Desde el año 2016, sólo se fiscalizan prestadores de atención cerrada de alta y mediana complejidad y centros de diálisis.

C. ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE FISCALIZACIÓN:

- a. Selección del prestador a fiscalizar:
Se selecciona del listado de prestadores acreditados, aquel que será fiscalizado, de acuerdo a la fecha de acreditación (Fecha Resolución Exenta IP) y que se encuentra próximo a cumplir un año de acreditado.
- b. Designación de profesionales analistas:

De acuerdo al programa de fiscalización de la Unidad, según cargas de trabajo, tipo y complejidad del prestador, tamaño del prestador, entre otros, se designa a los profesionales analistas responsables de la fiscalización.

c. Apertura del expediente del proceso de fiscalización:

Elaboración de un expediente (Digital) que contempla los antecedentes del proceso y que se va conformando a medida que se cumplan las diferentes etapas del proceso. En general el expediente contiene:

- Antecedentes del prestador a fiscalizar: Ficha técnica, cartera de prestaciones, informe de acreditación, actas de fiscalización del informe, entre otros.
- Instrumentos de evaluación en terreno: Pautas de cotejo, planillas Excel de revisión y selección de fichas, entre otros.
- Antecedentes de respaldos de la evaluación utilizadas y adquiridas en la constatación en terreno (Pautas de cotejo, informes de indicadores, documentos, fotos, grabaciones, etc.).
- Constancia de visita.
- Informe de fiscalización.
- Ordinario conductor del informe.

d. Preparación de la fiscalización:

Las profesionales responsables del proceso de fiscalización realizan las siguientes actividades:

- Reunión de coordinación, para definir la ejecución de la etapa previa a la fiscalización, evaluación en terreno y actividades post terreno. Entre otras cosas el equipo debe distribuir las tareas pertinentes y las características a evaluar por cada profesional analista.
- Revisión de los antecedentes del prestador a fiscalizar, que consisten en el informe de acreditación, actas de fiscalización del informe, ficha técnica y otros antecedentes originados durante el proceso de evaluación en terreno del prestador, como las consultas que se hayan derivado a la IP por las partes involucradas (Prestador y Entidad Acreditadora).
- Selección de las características a fiscalizar en terreno, de acuerdo al análisis de los antecedentes revisados del prestador, utilizando los siguientes criterios:
 - Sólo se fiscalizan características obligatorias (desde el año 2015 en adelante).
 - Características que en la revisión del informe o durante la fiscalización a la entidad en el proceso de evaluación en terreno, la UFC contemple alguna duda respecto de la metodología utilizada por la Entidad Acreditadora.
 - Características en que el prestador manifestara algún tipo de disconformidad o duda durante el proceso o con posterioridad a la liberación del informe de acreditación final.
 - Características con porcentaje de cumplimiento límite obtenido en el proceso de acreditación.
 - Características complejas y de difícil cumplimiento en general.
 - Selección aleatoria (Como última alternativa).
 - El número de características definidos para la evaluación, dependerá del tipo de estándar a fiscalizar, esto es: Atención cerrada, 10 a 12

características y para todos los otros tipos de estándares, un promedio de 8 características.

- Preparación de los instrumentos que se utilizarán en terreno:
 - Formato de informe de fiscalización.
 - Acta de constancia de visita.
 - Planillas o pautas de cotejo para la evaluación en terreno.
 - Planilla Excel.
 - Otros.
 - Notificación de la fiscalización al prestador, con un mínimo 48 horas hábiles previo a la visita, vía correo electrónico, con copia a la Encargada de la UFC. Se comunicará la fecha y horario de inicio de la fiscalización, materia, y requerimientos generales para desarrollar la actividad.
- e. Evaluación en terreno:
- Reunión de inicio: El primer día de la visita en terreno se debe tomar contacto con el representante designado por el prestador, a la hora informada previamente. En dicha reunión, en términos generales, se informa al prestador el objetivo y alcance de la fiscalización, características a evaluar, metodología de evaluación, y otros temas de coordinación derivados de la visita; tales como, lugar designado para el equipo de la UFC, horario de trabajo, horario de almuerzo, coordinación con los referentes del prestador, y otros específicos.
 - Comunicación de la metodología de evaluación: De acuerdo a las características seleccionadas, se informa que la revisión documental se ejecutará en el lugar designado por el prestador, previo a la constatación en los puntos de verificación correspondientes y a continuación las entrevistas al personal, si esto procede.
 - Constatación en terreno: Implica la observación, revisión, medición, entrevistas, toma de fotografías, respaldo de archivos digitales y el registro de lo encontrado en cada una de las características y puntos de verificación atingentes a éstas. El registro se efectúa en las herramientas y archivos elaborados para estos efectos.
 - Retroalimentación a los referentes del prestador: Durante el desarrollo del terreno en los diferentes puntos de verificación, la profesional analista de la UFC revelará al referente del prestador, los errores, inconsistencias e incumplimientos encontrados en los elementos medibles que componen las características evaluadas. Asimismo, indicará el uso de las interpretaciones de la Intendencia de Prestadores, si corresponde y la manera más adecuada para corregir las infracciones detectadas. Por otra parte, por tratarse de una fiscalización de carácter correctivo y formativo, el prestador fiscalizado, puede preguntar abiertamente todas sus dudas e inquietudes, con respecto a las características objeto de evaluación.
 - Reunión de cierre: Una vez concluida la evaluación en terreno, se realizará una reunión de cierre, en la que participarán los profesionales de la IP y los representantes del prestador que los directivos estimen conveniente. En dicha reunión se entregará una visión general de lo encontrado en la fiscalización, con mayor detalle y precisión en las características incumplidas y su implicancia, señalando que el detalle de los hallazgos, análisis y resultado será oficialmente notificado y entregado con posterioridad, con el informe de fiscalización adjunto

al ordinario IP conductor, el que será enviado al representante legal del prestador.

También cuando corresponda, se le advertirá al prestador de la solicitud de un plan de mejoras, indicando de que se trata éste, su objetivo, como debe ser elaborado y las implicancias de este para su futura reacreditación.

- Entrega de la copia del acta de constancia de visita, firmada previamente por las partes.

f. Elaboración del informe de fiscalización:

- En primer lugar, se efectuará una revisión acuciosa y un análisis de toda la información recolectada durante la evaluación en terreno al prestador.
- Confección del informe de fiscalización, realizando un análisis detallado de los hallazgos encontrados, para cada elemento medible, punto de verificación y característica evaluada; utilizando los criterios de la pauta de cotejo del estándar correspondiente y la regulación vigente, determinando finalmente el cumplimiento o incumplimiento de las características fiscalizadas.
- Configuración del informe de fiscalización, vaciando toda la información trabajada de acuerdo al párrafo precedente y completando todos los ítems definidos siguiendo un orden lógico.
- Revisión de los hallazgos encontrados; en reunión con el equipo de analistas que participó en la fiscalización, de modo de consolidar y aunar los criterios de decisión de cumplimiento aplicados.
- Solicitud de pronunciamiento al Comité Asesor Primario (CAP) del Intendente de Prestadores, para los casos en que no sea posible definir o acordar un criterio de decisión luego de la discusión al interior de la UFC, y también para aquellos casos en que los prestadores presenten alguna particularidad muy específica, que salga del rango de lo habitual y que no esté contemplada en las pautas de cotejo y/o no haya sido interpretada por la IP.
La solicitud de pronunciamiento, será enviada por la Encargada de la UFC, a través de un mail dirigido a la Encargada de la Unidad de Asesoría Técnica (UAT), donde explicita la característica involucrada y la situación que se requiere discutir.
- Solicitud de antecedentes adicionales al prestador, cuando se considere que faltó información en la constatación en terreno y que sea relevante para la evaluación de una característica. Si es necesario se coordinará una nueva visita al prestador, la cual tendrá el mismo procedimiento descrito precedentemente.
- Consolidación de la información, envío del contenido correspondiente a las características evaluadas por cada analista del equipo fiscalizador a la analista responsable de la fiscalización, en el formato de informe definido, para su revisión, consolidación e incorporación al informe final de la UFC.
- Archivo de todos los documentos recabados en la fiscalización al menú expediente del Sistema Informático de Acreditación.
- Envío del informe consolidado a la Encargada de UFC a través del Sistema Informático de Fiscalización.

g. Consolidación del informe final:

- Revisión y corrección del informe remitido por las analistas responsables, por parte de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad. Solicitud de aclaración o complementación de los hallazgos y devolución del informe a los profesionales analistas, para corrección, cuando corresponda.
- Revisión y aprobación de la versión final del informe elaborado por los profesionales analistas, registro del V°B° y firma.

h. Aprobación, firma, envío y archivo del ordinario conductor:

- Confección del ordinario conductor del informe de fiscalización dirigido al representante legal del prestador. Dicho ordinario puede ser informativo, en el caso en que el prestador mantenga las condiciones por las que fue acreditado y todas las características evaluadas se encuentren cumplidas durante la fiscalización, o instructivo, cuando presente características incumplidas y se requiera de la presentación de un plan de mejoras.
- Revisión, corrección y aprobación de la Encargada de la UFC, del ordinario informativo o instructivo, elaborado por las profesionales analistas.
- Firma del ordinario (Jefa SGCS).
- Envío del ordinario conductor y el informe adjunto, al prestador, a través del correo electrónico de acreditación (acreditación@superdesalud.gob.cl) al correo oficial del prestador. En dicho correo se explicita la fecha en que debe presentar el plan de mejoras, cuando corresponda. Dicho plazo es contabilizado desde la notificación por correo electrónico. No obstante lo anterior, igualmente, estos documentos son remitidos en formato físico vía correo certificado
- Archivo de la copia del ordinario e informe en el expediente del Sistema Informático de Fiscalización.
- Control del plazo de cumplimiento de la instrucción del ordinario y la entrada del plan de mejoras del prestador, cuando corresponda.

5. CATEGORIZACIÓN DE RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

Al finalizar el proceso de fiscalización de la mantención del estándar de acreditación en un determinado prestador, los resultados probables serán los siguientes:

- a) El Prestador mantiene las condiciones por las que fue acreditado:
Todas las características fiscalizadas cumplen con el umbral mínimo de cumplimiento, determinado para la característica en el estándar de acreditación evaluado.
- b) El Prestador no mantiene las condiciones por las que fue acreditado:
Una o más características fiscalizadas no cumplen con el umbral mínimo de cumplimiento determinado para la característica en el estándar de acreditación evaluado, por lo que éstas se encuentran incumplidas. En este caso se solicita al prestador un plan de mejoras, para subsanar las infracciones e incumplimientos en dichas características.

La determinación del cumplimiento o incumplimiento de las características fiscalizadas, se basa en el porcentaje obtenido por cada una durante la fiscalización. Adicionalmente, éste se compara con el porcentaje obtenido en el proceso de acreditación, por lo que, el resultado de una característica particular podrá ser:

- a) Mantiene el resultado obtenido en la acreditación; mismo porcentaje de cumplimiento.
- b) Mejora el resultado obtenido en la acreditación; obtiene un porcentaje de cumplimiento mayor.
- c) Baja el porcentaje de cumplimiento obtenido en la acreditación, no obstante, cumple con el umbral mínimo exigido por el estándar de acreditación, por lo que la característica se encuentra cumplida.
- d) Baja el porcentaje de cumplimiento obtenido en la acreditación y no cumple con el umbral mínimo exigido por el estándar de acreditación, por lo que la característica se encuentra incumplida.

6. COBERTURA DE LA FISCALIZACIÓN A PRESTADORES ACREDITADOS

TABLA N°1

Prestadores institucionales acreditados y fiscalizados en mantención del estándar de acreditación, enero de 2014 a diciembre de 2017.

Año Acreditación	Prestadores Acreditados	Prestadores Fiscalizados en MEA	% Prestadores Fiscalizados
2013	35	35	100%
2014	58	43	74%
2015	46	26	57%
2016	96	57	59%
Total	235	161	69%

Durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2016, se acreditaron y reacreditaron **249** prestadores institucionales, dentro de éstos, 14 laboratorios clínicos, cuya fiscalización es de responsabilidad de la Unidad de Fiscalización de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile; por lo tanto, los **235** prestadores restantes, son sujetos de fiscalización por parte de la Unidad de Fiscalización en Calidad de la Intendencia de Prestadores.

Respecto a la cobertura de fiscalización en materia de MEA en relación al total de prestadores acreditados en cada año, podemos observar que, el 97% de los prestadores acreditados en el año 2013, fueron fiscalizados al año siguiente, a excepción de un Servicio de Imagenología de la zona sur, el que fue sujeto de fiscalización en el mismo año de su acreditación (2013), por lo que para ese año se configura el 100% de prestadores fiscalizados. Desde el año 2014 en adelante, la cobertura ha ido disminuyendo, debido al aumento de prestadores acreditados por año y a la disponibilidad de recurso humano fiscalizador, por lo que, la fiscalización en esta materia se enfoca en los prestadores de atención cerrada de alta y mediana complejidad y los centros de diálisis.

Para efectos de la consolidación de la información, la fiscalización del Servicio de Imagenología acreditado en el año 2013 y fiscalizado al término del mismo año, se considerará como una fiscalización oficiada en el año 2014.

Cabe señalar que durante el año 2015, se realizó un piloto de fiscalización que se aplicó a prestadores de atención abierta, con el objeto de aumentar el número de fiscalizaciones a dichos prestadores. La modalidad de fiscalización fue back office y consistía en solicitar a los prestadores algunos documentos pertinentes a elementos medibles de características obligatorias y revisarlos, verificando su consistencia y cumplimiento con lo exigido por la Pauta de Cotejo del Estándar de Acreditación de Atención Abierta y con lo interpretado por esta Intendencia en el Compendio de Circulares vigente en ese año. Por lo anterior, se trató de una fiscalización netamente documental que no incluía constataciones específicas en terreno y que por ende entregaba resultados parciales. Al término del piloto se realizó una evaluación de este, que mostró que no aportaba de manera sustancial a los prestadores acreditados, por lo que no fue aprobado para ser implementado como una fiscalización regular a los prestadores. Dichas fiscalizaciones, no fueron consideradas en este informe.

TABLA N°2
Prestadores institucionales fiscalizados por año
Enero 2014 – diciembre 2017

Año Fiscalización	N° de Fiscalizaciones MEA
2014	37
2015	43
2016	28
2017	60
Total	168

Esta tabla consolida el total de fiscalizaciones en materia de MEA realizadas en cada año, completando un total de 168 fiscalizaciones. Este número difiere del total de la tabla N°1, toda vez que, se incluyen 3 prestadores fiscalizados durante el periodo en estudio (2 en el año 2014 y 1 en el 2015), cuya acreditación fue en el año 2012. Adicionalmente, debido a un enfoque de riesgo y por necesidades especiales del prestador expuestas a la Intendencia de Prestadores, 4 prestadores fueron fiscalizados en materia de MEA en 2 ocasiones, previo a su proceso de reacreditación; aumentando el total de fiscalizaciones realizadas durante el periodo evaluado.

TABLA N°3
Prestadores institucionales fiscalizados por región
Enero 2014 – diciembre 2017

Región	N° prestadores fiscalizados	%
RM	81	49%
V	24	14%
VIII	20	12%
VI	6	4%
IV	5	3%
X	7	4%
VII	5	3%
II	5	3%
XII	4	2%
IX	4	2%
XV	2	1%
XIV	2	1%
III	2	1%
XI	1	1%
Total	168	100%

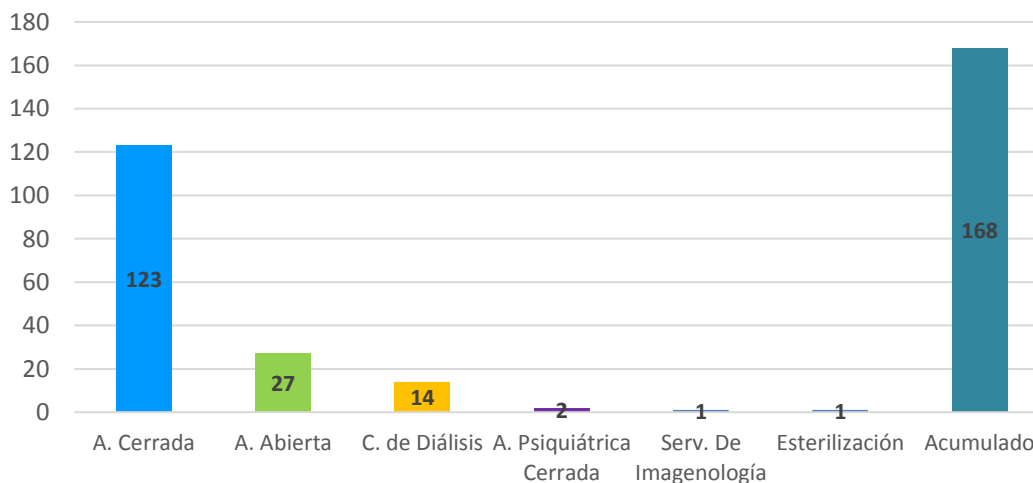
La cobertura de la fiscalización por región va en directa relación con el número de prestadores acreditados en cada una de ellas, siendo así, el mayor porcentaje de prestadores acreditados se concentra en 3 regiones del país: Región Metropolitana, Región de Valparaíso y Región del Biobío.

El 52% (87) de los prestadores institucionales fiscalizados en materia de MEA, corresponden a regiones distintas de la RM. Dentro de éstas, el 14% (24), corresponden a la V región; 12% (20) a la VIII región y el 26% restante se distribuye en el resto de las regiones, con excepción de la I región, en donde aún no se han realizado fiscalizaciones de esta materia, debido a que los prestadores institucionales de atención cerrada de dicha región, obtuvieron su acreditación recién durante el año 2017.

TABLA N°4
Prestadores institucionales acreditados y fiscalizados por tipo de estándar de acreditación / Enero 2014 – diciembre 2017

Estándar Fiscalizado	N° Prestadores Acreditados	N° Fiscalizaciones MEA	% Prestadores Fiscalizados
Atención Cerrada	141	123	87%
Atención Abierta	67	27	40%
Centros de Diálisis	15	14	93%
Servicios de Imagenología	7	1	14%
Atención Psiquiátrica Cerrada	4	2	50%
Servicios de Esterilización	1	1	100%
Total	235	168	71%

Gráfico N°1
Distribución de fiscalizaciones por estándar de acreditación
Enero 2014 – diciembre 2017



Del total de prestadores institucionales sujetos de ser fiscalizados, 141 son prestadores de atención cerrada de alta, mediana y baja complejidad. De éstos, la cobertura de la fiscalización de MEA, alcanza un 87%. No obstante, se han fiscalizado el 100% de los prestadores acreditados de atención cerrada de alta y mediana complejidad.

Los Centros de Diálisis, es otro foco de fiscalización en el periodo, cuya cobertura alcanza un 93% de los prestadores acreditados en este estándar.

La cobertura de los prestadores de atención abierta, alcanza un 40% en este periodo, lo que se debe fundamentalmente, a que en los últimos dos años, la fiscalización en esta materia ha priorizado los prestadores de atención cerrada, a fin de propiciar el cumplimiento de la garantía de calidad en el otorgamiento de las prestaciones GES, por parte de estos prestadores.

Respecto de los otros estándares identificados en la tabla, éstos tienen un bajo número de prestadores acreditados, por lo que la fiscalización en MEA se ha realizado, de acuerdo a la disposición de recursos en la UFC. Es así que, de los 4 prestadores de Atención Psiquiátrica Cerrada que se encuentran acreditados, se han fiscalizado 2 (50%); además del único servicio de esterilización acreditado y 1 servicio de imagenología de los 7 acreditados, lo que corresponde al 14%.

7. RESULTADOS GENERALES DE LA FISCALIZACIÓN

TABLA N°5
Resultados de la fiscalización MEA por año
Enero 2014 – diciembre 2017

Año Fiscalización	N° Prestadores Fiscalizados	N° Prestadores que requieren PM	% de Prestadores con PM
2014	37	36	97%
2015	43	42	98%
2016	28	28	100%
2017	60	59	98%

Respecto a los resultados de las fiscalizaciones efectuadas para verificar la mantención del estándar de acreditación, durante el año 2014, la tendencia mostró que, el 97% (37/36) de los prestadores fiscalizados muestran incumplimiento del estándar de acreditación y requieren de la presentación de un plan de mejoras, para subsanar los incumplimientos detectados en una o más características obligatorias y/o no obligatorias fiscalizadas. La misma tendencia se mantuvo en el 2015, con un 98% (42/43). En el año 2016, el 100% (28/28) de los prestadores fiscalizados requieren presentación de un plan de mejoras. De los prestadores fiscalizados durante el año 2017, la tendencia se mantiene con un el 98% (59/60).

El promedio de características incumplidas que presentan los prestadores fiscalizados es de 4 a 5 características, con un mínimo de 1 y un máximo de 10.

La existencia de porcentajes tan altos de prestadores acreditados, que al año de su acreditación se encuentran en incumplimiento las características del estándar que les aplica, en una o más características obligatorias de éste, puede ser el resultado de diferentes situaciones, tales como, que el prestador luego de su acreditación no continuó con el monitoreo sistemático requerido, hubo cambio del equipo de calidad y/o de los directivos, la entidad acreditadora aplicó un criterio flexible para no perjudicar al prestador durante la acreditación o derechamente, la característica fue evaluada de manera incorrecta durante el proceso de acreditación. Otro motivo a considerar, puede ser la aplicación de una interpretación de la Intendencia de Prestadores, con fecha de vigencia posterior a la fecha del proceso de acreditación del prestador.

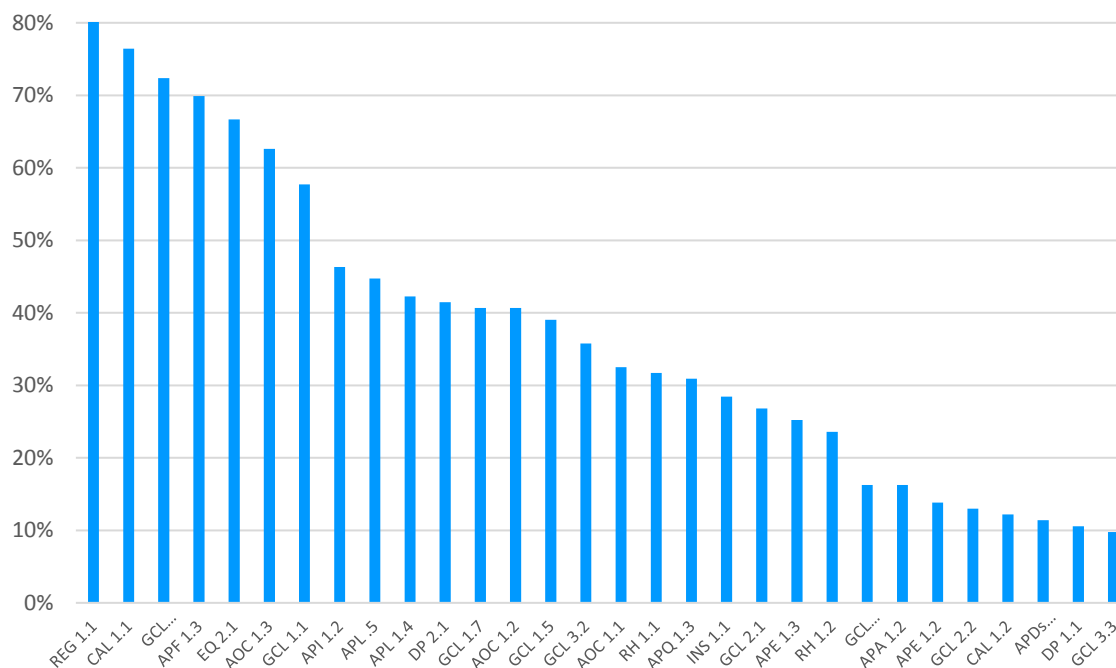
8. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN POR ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN

8.1. RESULTADOS DEL ESTÁNDAR DE ATENCIÓN CERRADA

TABLA N°6
Características fiscalizadas en prestadores de atención cerrada
Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	% frecuencia de fiscalización
REG 1.1	99	80%
CAL 1.1	94	76%
GCL 1.11	89	72%
APF 1.3	86	70%
EQ 2.1	82	67%
AOC 1.3	77	63%
GCL 1.1	71	58%
API 1.2	57	46%
APL .5	55	45%
APL 1.4	52	42%
DP 2.1	51	41%
GCL 1.7	50	41%
AOC 1.2	50	41%
GCL 1.5	48	39%
GCL 3.2	44	36%
AOC 1.1	40	33%
RH 1.1	39	32%
APQ 1.3	38	31%
INS 1.1	35	28%
GCL 2.1	33	27%
APE 1.3	31	25%
RH 1.2	29	24%
GCL 1.12	20	16%
APA 1.2	20	16%
APE 1.2	17	14%
GCL 2.2	16	13%
CAL 1.2	15	12%
APDs 1.2	14	11%
DP 1.1	13	11%
GCL 3.3	12	10%
APL 1.3	10	8%
APL 1.1	9	7%
APL 1.2	9	7%
GCL 3.1	6	5%
AOC 2.1	6	5%
INS 3.2	6	5%
APD 1.2	5	4%
INS 3.1	1	1%

Gráfico N°2
Características fiscalizadas con mayor frecuencia en el estándar de acreditación de atención cerrada /Enero 2014 – diciembre 2017



Dentro de las características fiscalizadas durante el periodo en estudio, se incluyen características no obligatorias, debido a que en el año 2014, se seleccionaban características obligatorias y no obligatorias a fiscalizar. Desde el año 2015, sólo se fiscalizan características de obligatorio cumplimiento, de acuerdo al estándar general de acreditación. Además, cabe mencionar que las características obligatorias en los prestadores de atención cerrada de baja complejidad, no son las mismas que en los prestadores de alta y mediana complejidad. En los primeros, el total de características obligatorias corresponden a 12, dentro de las cuales están DP 1.1, GCL 1.1, AOC 2.1 e INS 3.2, las que no son obligatorias en el estándar de acreditación de alta y mediana complejidad.

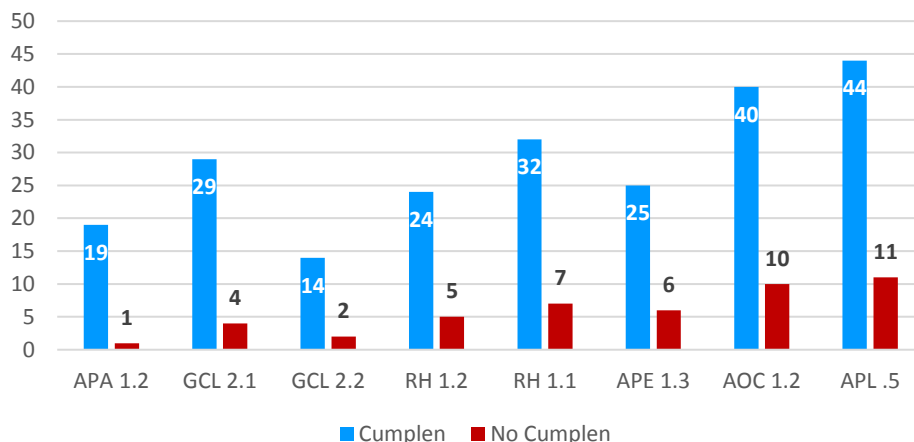
Considerando la cantidad de prestadores en los cuales se fiscaliza una determinada característica, se observa que, del total de 123 prestadores de atención cerrada fiscalizados, las características inpeccionadas con mayor frecuencia corresponden a, REG 1.1, 80% (99 prestadores); CAL 1.1, 76% (94); GCL 1.1, 72% (89); APF 1.3, 69% (86); EQ 2.1, 66% (82); AOC 1.3, 62% (77) y GCL 1.1, 57% (71).

Estas cifras están directamente relacionadas con los criterios utilizados para la selección de las características a evaluar en la fiscalización, descritos en el punto 3 de la letra d de las Etapas del Procedimiento de la Fiscalización. Adicionalmente, esas características son las que han presentado mayor complejidad para su cumplimiento, en los prestadores, tanto durante la preparación para su acreditación, como en su etapa post acreditación.

TABLA N°7
Características con mayor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación de atención cerrada / Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	N° cumplidas	% cumplimiento
DP 1.1	13	13	100%
INS 3.1	1	1	100%
APD 1.2	5	5	100%
APA 1.2	20	19	95%
APDs 1.2	14	13	93%
APL 1.1	9	8	89%
GCL 2.1	33	29	88%
GCL 2.2	16	14	88%
AOC 2.1	6	5	83%
INS 3.2	6	5	83%
RH 1.2	29	24	83%
RH 1.1	39	32	82%
APE 1.3	31	25	81%
AOC 1.2	50	40	80%
APL .5	55	44	80%
GCL 3.3	12	9	75%
CAL 1.2	15	11	73%
API 1.2	57	41	72%
INS 1.1	35	25	71%
DP 2.1	51	36	71%
APE 1.2	17	12	71%
GCL 1.1	71	50	70%
AOC 1.1	40	28	70%
GCL 3.1	6	4	67%
APL 1.4	52	34	65%
GCL 1.12	20	12	60%
GCL 1.5	48	28	58%
GCL 1.11	89	50	56%
GCL 1.7	50	27	54%
APF 1.3	86	46	53%
AOC 1.3	77	38	49%
APL 1.2	9	4	44%
CAL 1.1	94	39	41%
APL 1.3	10	4	40%
APQ 1.3	38	12	32%
GCL 3.2	44	10	23%
REG 1.1	99	16	16%
EQ 2.1	82	8	10%

Gráfico N°3
Características con mayor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación de atención cerrada / Enero de 2014 – diciembre de 2017



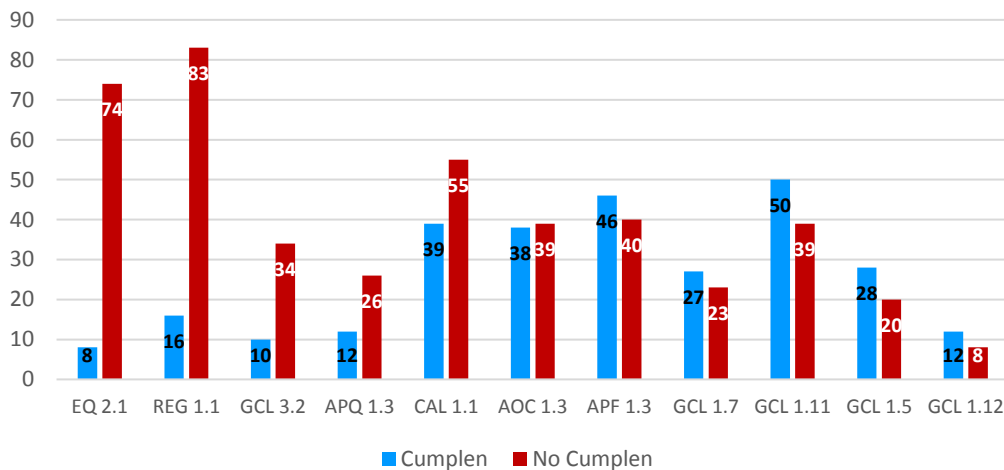
En esta tabla se muestra una visión general de las características que presentan un mayor porcentaje de cumplimiento en las fiscalizaciones de MEA realizadas durante el periodo en estudio. Podemos observar que, de las 38 características fiscalizadas, 15 de ellas, presentan un porcentaje de cumplimiento mayor al 80% en relación al total de veces en que se fiscalizaron. No obstante, dentro de este grupo, existen características cuya frecuencia de fiscalización es baja, por lo que el porcentaje de cumplimiento reflejado no es significativo. Por lo tanto, si se considera la frecuencia de fiscalización y de cumplimiento de éstas, destacan las características: APA 1.2, fiscalizada en 20 prestadores, de los cuales cumplen 19 (95%); GCL 2.1, fiscalizada en 33 prestadores y cumplen 29 (88%); GCL 2.2, fiscalizada en 16 prestadores y cumplen 14 (88%); RH 1.2, fiscalizada en 29 prestadores y cumplen 24 (83%); RH 1.1, fiscalizada en 39 prestadores y cumplen 32 (82%); APE 1.3, fiscalizada en 31 prestadores y cumplen 25 (81%); APL 1.5, fiscalizada en 55 prestadores y cumplen 44 (80%) y AOC 1.2, fiscalizada en 50 prestadores, de los cuales cumplen 40 (80%).

TABLA N°8
Características con menor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación de atención cerrada / Enero de 2014 – diciembre de 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	N° incumplidas	% Incumplimiento
EQ 2.1	82	74	90%
REG 1.1	99	83	84%
GCL 3.2	44	34	77%
APQ 1.3	38	26	68%
APL 1.3	10	6	60%
CAL 1.1	94	55	59%
APL 1.2	9	5	56%
AOC 1.3	77	39	51%
APF 1.3	86	40	47%
GCL 1.7	50	23	46%
GCL 1.11	89	39	44%
GCL 1.5	48	20	42%
GCL 1.12	20	8	40%
APL 1.4	52	18	35%

Característica	N° de veces fiscalizada	N° incumplidas	% Incumplimiento
GCL 3.1	6	2	33%
AOC 1.1	40	12	30%
GCL 1.1	71	21	30%
DP 2.1	51	15	29%
APE 1.2	17	5	29%
INS 1.1	35	10	29%
API 1.2	57	16	28%
CAL 1.2	15	4	27%
GCL 3.3	12	3	25%
AOC 1.2	50	10	20%
APL .5	55	11	20%
APE 1.3	31	6	19%
RH 1.1	39	7	18%
RH 1.2	29	5	17%
AOC 2.1	6	1	17%
INS 3.2	6	1	17%
GCL 2.2	16	2	13%
GCL 2.1	33	4	12%
APL 1.1	9	1	11%
APDs 1.2	14	1	7%
APA 1.2	20	1	5%
DP 1.1	13	0	0%
INS 3.1	1	0	0%
APD 1.2	5	0	0%

Gráfico N°4
Características con menor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación de atención cerrada / Enero de 2014 – diciembre de 2017



Observamos una visión general de las características que presentan un menor porcentaje de cumplimiento en las fiscalizaciones de MEA realizadas en prestadores de atención cerrada, durante el periodo en estudio. De las 38 características fiscalizadas, 6 de ellas, presentan un % de incumplimiento mayor al 50% en relación al total de veces en que fueron fiscalizadas. Dentro de éstas, destacan las características: EQ 2.1, 82 prestadores, 74 no cumplen (90%); REG 1.1, en 99 prestadores, no cumplen 83 (84%); GCL 3.2, en 44 prestadores y no cumplen 34 (77%); APQ 1.3, en 38 prestadores y no

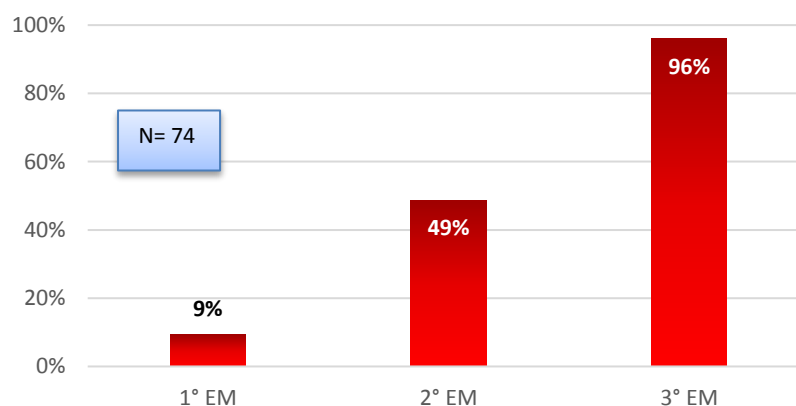
cumplen 26 (68%); CAL 1.1, en 94 prestadores y no cumplen 55 (59%) y AOC 1.3, en 77 prestadores, no cumplen 39 (51%). Adicionalmente, otras 5 características presentan un porcentaje de incumplimiento sobre el 40%, lo cual es relevante al considerar la cantidad de veces en que éstas fueron fiscalizadas; APF 1.3, en 86 prestadores, 40 no cumplen (47%); GCL 1.7, en 50 prestadores y no cumplen 23 (46%); GCL 1.11, en 89 prestadores y no cumplen 39 (44%); GCL 1.5, fiscalizada 48 veces, no se cumplió en 20 (42%) y GCL 1.12, en 20 prestadores, presentando incumplimiento 8 (40%).

8.1.1 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CON MAYOR INCUMPLIMIENTO

A. CARACTERÍSTICA EQ 2.1: Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.

1° EM	Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.
2° EM	Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos: Equipos de monitorización hemodinámica, monitores desfibriladores, ventiladores fijos y de transporte, máquinas de anestesia, ambulancias de urgencia e incubadoras.
3° EM	Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.

Gráfico N°5
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible EQ 2.1



Del total de 74 prestadores que no cumplen con el umbral de cumplimiento mínimo exigido para la característica EQ 2.1, el 49% no cumple el 2° EM y en mayor grado, el 3° EM, donde el 96% de los prestadores presentan incumplimiento de éste.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- La Resolución de nombramiento del profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional, no se encuentra vigente.
- No se ha designado al responsable del mantenimiento preventivo de las ambulancias de urgencia.

Segundo elemento medible:

- El programa de mantenimiento preventivo, no describe las actividades mínimas a realizar en la mantención preventiva de cada equipo crítico.
- El documento institucional no define la periodicidad de la mantención preventiva.
- El programa de mantenimiento preventivo no incluye las ambulancias de urgencia.
- El programa de mantenimiento preventivo, no incluye los equipos en garantía o en comodato.

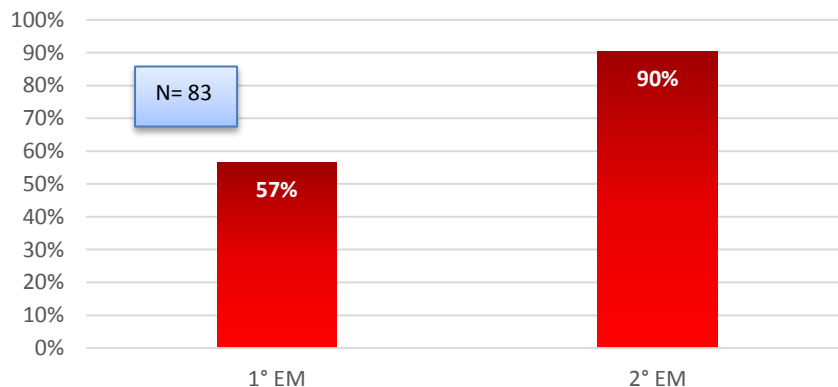
Tercer elemento medible:

- Las mantenciones preventivas realizadas a los equipos críticos, no cumplen con la periodicidad determinada de acuerdo a lo programado por el prestador.
- Las actividades realizadas en la mantención preventiva de los equipos críticos constatados, no corresponden a las actividades mínimas definidas en el protocolo institucional.
- La mantención preventiva realizada no incluye todas las actividades programadas.
- No se realiza mantención preventiva de acuerdo al protocolo del prestador (No se cumplen las reprogramaciones determinadas, faltan firmas y validaciones comprometidas, etc.).
- No se pueden verificar las actividades realizadas en la mantención preventiva, dado que las pautas de chequeo o informes entregados por los proveedores externos, no contienen todas las actividades definidas por el prestador en su programa o bien dichos documentos no son homologables a lo indicado por el prestador en su programa.

B. CARACTERÍSTICA REG 1.1: El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.

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 la existencia de ficha clínica única e individual en hospitalización.

Gráfico N°6
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible REG 1.1



De los 83 prestadores que no cumplen la característica REG 1.1, el incumplimiento del 1° EM ocurre en un 57% y del 2° EM, en un 90%; existiendo prestadores en que se incumple la característica completa.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El documento no describe explícitamente el código único de identificación de los registros clínicos que conforman la ficha del paciente.
- El protocolo no describe el procedimiento de acceso a la integridad de la información, por parte del personal clínico 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.
- Con lo anterior, no se da cumplimiento a lo interpretado por esta Intendencia para la ficha clínica única, en la Circular IP N°36 de 2016.
- El protocolo no describe explícitamente el procedimiento de acceso a la ficha clínica en soporte papel, en el caso de que el profesional requiera de esta. Solo se describe que la Unidad de Archivo es la encargada de llevar la ficha al Servicio de Hospitalizados o Ambulatorio, según corresponda.

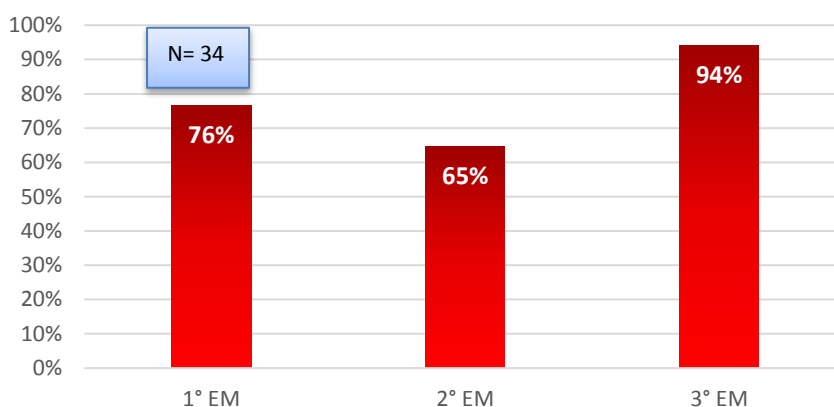
Segundo elemento medible:

- Se constatan registros paralelos no declarados en el documento institucional y no vinculados a la ficha del paciente.
- Existen Servicios Clínicos y/o Unidades de Apoyo, que tienen sus propios registros y un sistema de archivo de éstos, los que no son incorporados ni se vinculan a la ficha clínica del paciente.
- Se ha verificado que algunos profesionales médicos, realizan evoluciones médicas y mantienen información clínica relevante de los pacientes en computadores personales. Dicha información no se encuentra vinculada a la ficha clínica y por ende, no se encuentra disponible para los demás profesionales y personal clínico que participa en la atención de los pacientes.
- Existen prestaciones de profesionales de la salud, que no se registran en la ficha clínica del paciente. (Soporte papel o electrónico).
- El dato de atención de urgencia (DAU), se archiva en forma separada y no se encuentra vinculado a la ficha clínica del paciente.
- El personal de enfermería y técnico no tiene 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. Esto se ha observado principalmente, en algunos prestadores que tienen registro electrónico para la atención de Urgencias, en las que el citado personal clínico debe registrar, pero en la que solo el perfil del médico tratante le permite cerrar la atención, por lo tanto una vez cumplido este hito, si el personal de enfermería no alcanzó a hacer sus registros, estos no pueden ser incorporados a la ficha clínica.
- Uno de los Servicios Clínicos en que se han verificado mayor número de incumplimientos, en cuanto al manejo de la ficha clínica única es el Servicio de Kinesiología, puesto que en estos, los profesionales ocupan formularios específicos en que registran las prestaciones otorgadas a los pacientes y que son mantenidos en la Unidad mientras dura el tratamiento, sin vincularse a la ficha clínica y en otros casos, dicha información se archiva de manera permanente en ese Servicio.
- Otra Unidad en la que se han detectado variados problemas, son las Consultas Ambulatorias, dado que, en ellas se han verificado registros clínicos paralelos no vinculados a la ficha clínica, registros personales de los profesionales llevados en cartolas físicas o en computadores de su propiedad, entre otros.

C. CARACTERÍSTICA GCL 3.2: El prestador cuenta con un sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias (IIH) que cumple con la normativa nacional.

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

Gráfico N°7
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible GCL 3.2



Esta característica no se cumple en 34 prestadores. El incumplimiento por EM es mayor al 60% en los 3 elementos que la componen, alcanzando un 76% de incumplimiento en el 1° EM, 65% en el 2° EM y 94% de incumplimiento en el 3° EM. Cabe mencionar que un mismo prestador puede presentar incumplimiento de uno o más elementos medibles, verificándose en algunos de ellos el incumplimiento de la característica completa.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El Prestador no incluye la vigilancia de todas las IAAS obligatorias, de acuerdo a la normativa del MINSAL vigente.
- El documento institucional no describe el procedimiento de vigilancia activa.
- Los criterios de notificación no se encuentran actualizados, de acuerdo a la normativa del MINSAL vigente.

Segundo elemento medible:

- Los umbrales definidos para las tasas de las infecciones vigiladas, no se encuentran actualizados de acuerdo a los "Indicadores de Referencia Nacional", o las otras medidas definidas por el MINSAL.
- No se ha definido indicador para todas las IAAS vigiladas por el prestador.
- No se han definido tasas para las infecciones definidas de manera local por el prestador.

Tercer elemento medible:

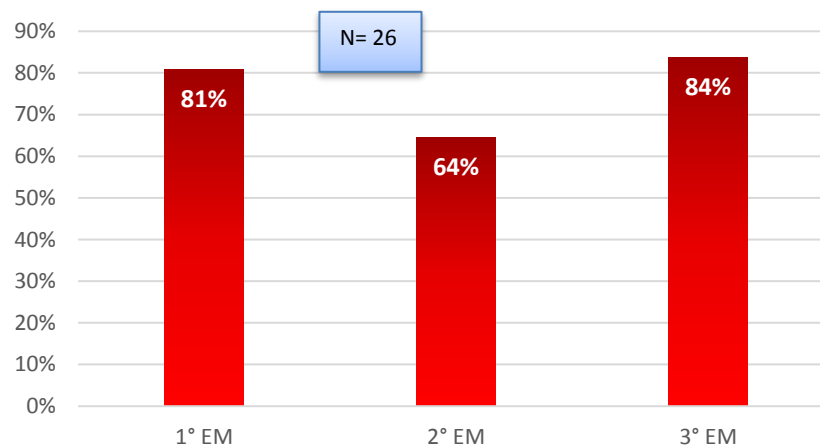
- No se cumple la periodicidad de la vigilancia de IAAS en los distintos servicios clínicos, de acuerdo a lo definido en el protocolo del prestador.

- Se constata que la vigilancia de IAAS es realizada por las enfermeras de los servicios clínicos, quienes reportan a la enfermera encargada de IAAS.
- El prestador no cuenta con la nómina de los pacientes expuestos al riesgo, en los cuales realiza la vigilancia.
- 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.
- El prestador toma una muestra de los pacientes expuestos al riesgo de las infecciones vigiladas y solo en estos realiza vigilancia activa.
- No se realiza vigilancia en las pacientes no institucionales, tales como, los pacientes hospitalizados en el Servicio de Pensionado en los prestadores públicos.
- No se realiza vigilancia de los pacientes post operados posterior al alta de éstos.

D. CARACTERÍSTICA APQ 1.3: El prestador institucional aplica procedimientos actualizados y ejecuta un programa de supervisión periódica de las prácticas relacionadas con la quimioterapia y realiza vigilancia de las infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales.

1° EM	Se describen en documentos de carácter institucional los procedimientos relacionados con: administración de medicamentos antineoplásicos, disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados, instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia, vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales.
2° EM	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
3° EM	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Gráfico N°8
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible APQ 1.3



De los 38 prestadores en los cuales se fiscalizó esta característica, 26 no la cumplieron. En estos, el 81% no cumple el 1° EM, el 64%, el 2° EM y el 84%, el 3° EM; presentándose en la mayoría de los prestadores fiscalizados, incumplimiento de más de un EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- No se describe el procedimiento de administración de medicamentos antineoplásicos sin fines de tratamiento quimioterápico, tales como, Metrotrexato, Avastin, Mitomicina, Rituximab, entre otros.

- Solo se describe el procedimiento de administración de quimioterapia por catéter venoso central, no obstante administran por otras vías de administración (vía venosa periférica, subcutánea).
- 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, en que también se administran medicamentos antineoplásicos, Medicina, UPC Adulto, etc.

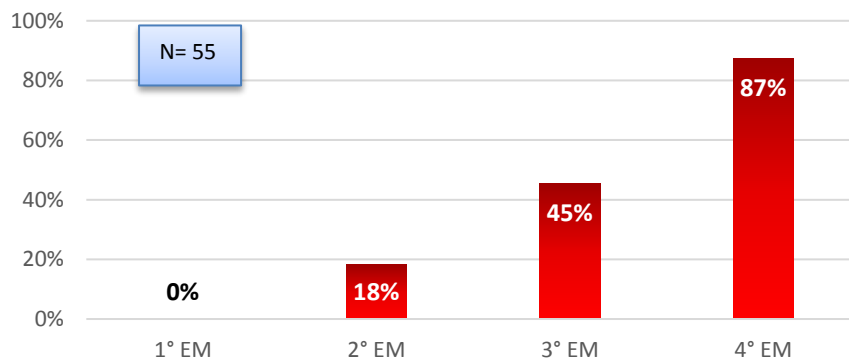
Segundo y tercer elementos medibles:

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

E. CARACTERÍSTICA CAL 1.1: Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

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. La descripción del cargo del responsable especifica funciones y horas asignadas.
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.

Gráfico N°9
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible CAL 1.1



Esta característica fue fiscalizada en 94 prestadores, de los cuales 55 no la cumplieron, principalmente por incumplir con las exigencias de la pauta de cotejo para el 3° y 4° EM (45% y 87% respectivamente) y en menor proporción en el 2° EM (18%). Respecto al 1° EM, todos los prestadores fiscalizados lo cumplieron.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Segundo elemento medible:

- El prestador ha designado al encargado de la Unidad de Calidad de la Institución, sin embargo, no se explicita que este u otro profesional sea el 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 en su totalidad con la definición de "Programa", establecida en los manuales 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, que permita determinar el cumplimiento de cada meta u objetivo definido en dichos programas.

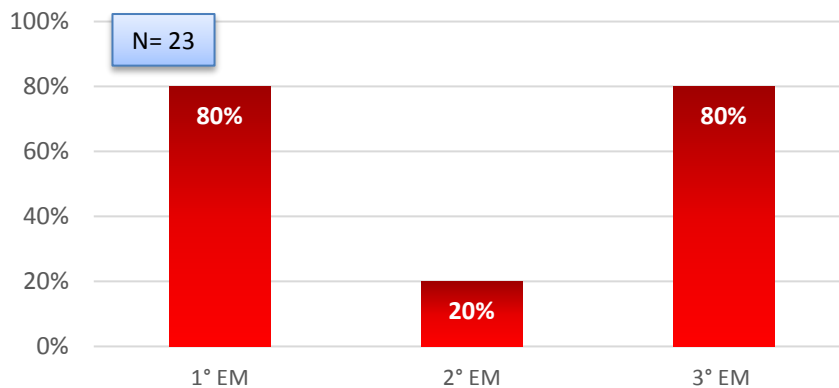
Cuarto elemento medible:

- El informe de evaluación del programa de calidad, no incorpora los resultados de todos los objetivos y/o metas definidas en dicho programa.
- El informe de evaluación no incluye el análisis de los resultados obtenidos.
- El informe de evaluación solo incluye los resultados obtenidos y en algunos casos realiza una comparación con los resultados del programa anterior.

F. CARACTERÍSTICA GCL 1.7: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión.

1° EM	Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponente y número de unidades.
2° EM	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
3° EM	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Gráfico N°10
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible GCL 1.7



De los 50 prestadores, 23 presentaron incumplimiento en esta característica. En un 80% se observó incumplimiento del 1° y 3° EM y solo un 20% del 2° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El documento no señala número de unidades de glóbulos rojos a transfundir.
- El documento no considera criterios de transfusión y unidades a transfundir en pacientes pediátricos.

Segundo elemento medible:

- No se presenta indicador en todos los puntos de verificación que le aplican al prestador.

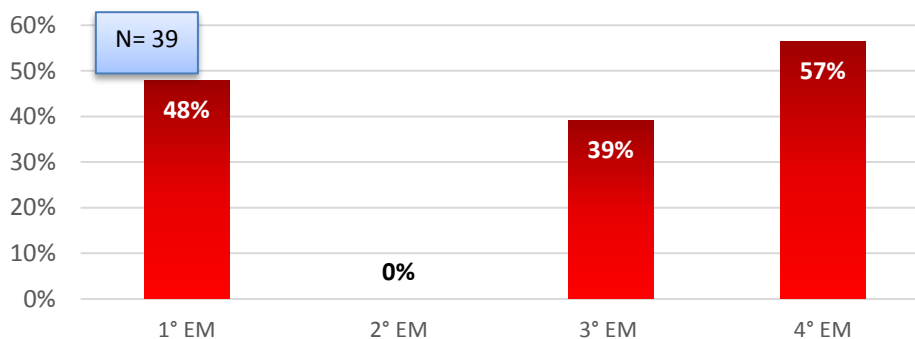
Tercer elemento medible:

- Los resultados de evaluación periódica no corresponde a lo definido en el indicador, como por ejemplo:
 - El indicador define medir N° de solicitudes de transfusión y los resultados de la evaluación periódica corresponden a N° de pacientes transfundidos.
 - El indicador define medir N° de pacientes trasfundidos y los resultados de la evaluación periódica corresponden a N° de unidades transfundidas.
- No se establecen criterios de cumplimientos objetivos que permitan validar los resultados presentados por el prestador al revisar la fuente primaria.

G. CARACTERÍSTICA AOC 1.3: Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.

1° EM	Se describen en documento(s) las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación.
2° EM	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
3° EM	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.
4° EM	Se constata registro de las notificaciones realizadas.

Gráfico N°11
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible AOC 1.3



De las 77 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 39 se verificó el incumplimiento de ella. Solo el 2° EM se encuentra cumplido en todos los casos.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El documento no define la oportunidad de notificación del resultado crítico.
- El documento no describe el procedimiento de notificación de resultados críticos en pacientes ambulatorios.
- El plazo definido para la notificación no es objetivable, por ejemplo, "notificación inmediata".

- El documento presentado en el punto de verificación no está vigente.
- Se define como responsable de la notificación de un resultado crítico a un prestador externo, en los casos de compra de servicios.

Tercer elemento medible:

- La evaluación periódica realizada por el prestador no corresponde a lo definido en el indicador, por ejemplo: El indicador define medir los resultados críticos notificados de acuerdo al protocolo, no obstante, el prestador no considera en su evaluación la oportunidad de notificación.
- Los resultados obtenidos durante la fiscalización no son concordantes con los entregados por el prestador.
- No es posible acceder y constatar el denominador informado por el prestador, en el caso de que éste corresponda al universo de resultados críticos del periodo.
- El prestador incluye en la medición del indicador, resultados de exámenes que no están definidos como resultados críticos en el protocolo.

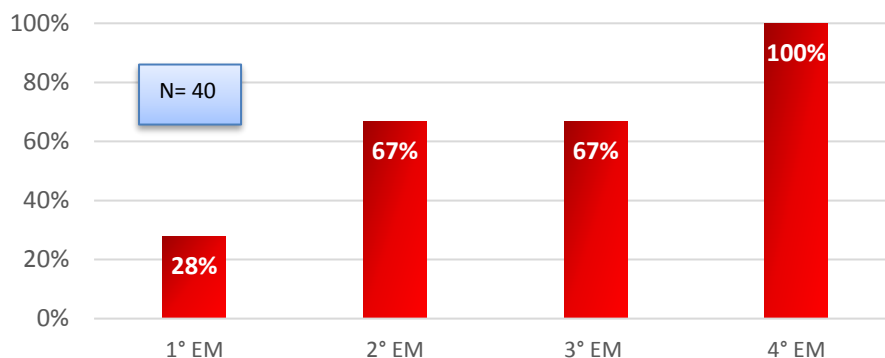
Cuarto elemento medible:

- No es posible acceder al universo de resultados críticos del periodo fiscalizado, a fin de verificar los registros de notificación.
- No se constata el registro de notificación de todos los resultados críticos constatados.
- El sistema de registro no permite verificar la oportunidad de notificación definida en el protocolo.

H. CARACTERÍSTICA APF 1.3: Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo.

1° EM	Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución.
2° EM	Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.
3° EM	Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.
4° EM	Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.

Gráfico N°12
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible APF 1.3



De las 86 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 40 se verificó el incumplimiento de ella. En los cuatro EM se constataron incumplimientos, observando un 100% en el 4° EM, 67% en el 2° y 3° EM, y solo un 28% en el 1° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- Los profesionales designados como responsables de la reposición del stock mínimo, ya no pertenecen a la dotación del prestador.
- Existe una designación genérica nombrando como responsable a la profesional enfermera. Los Servicios de Neonatología y Obstetricia no cuentan con esta profesional.

Segundo elemento medible:

- La definición del stock mínimo descrita en el documento del prestador, no se ajusta a lo definido en el manual del estándar de acreditación.
- No se define como unidad crítica a todas las unidades que conforman la UPC. Sólo se define como unidad crítica a la UCI.
- El stock mínimo descrito en el documento corresponde al stock general de la unidad.

Tercer elemento medible:

- El documento no define la periodicidad de reposición del stock mínimo.
- La periodicidad establecida en el documento no corresponde a una unidad de tiempo medible y objetivable, como por ejemplo, "reposición inmediata".

Cuarto elemento medible:

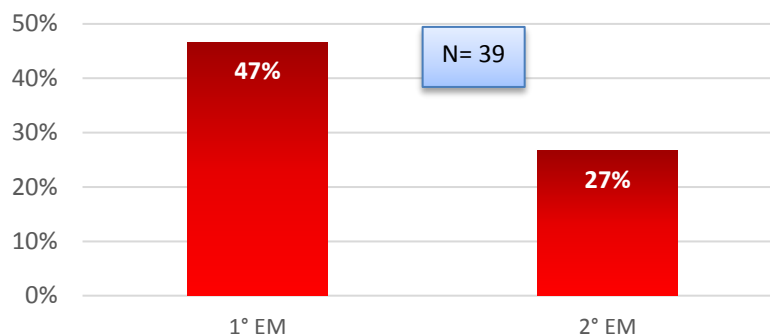
- El stock mínimo no se repone en forma oportuna, de acuerdo a lo definido por el prestador.
- La fuente primaria constatada, no contiene los registros suficientes que permitan evaluar la reposición oportuna del stock mínimo (falta hora y/o fecha de la solicitud o reposición).
- No es posible diferenciar la reposición de los medicamentos e insumos del stock mínimo de las unidades críticas, de la reposición del stock general.
- No se puede objetivar la oportunidad de la reposición del stock mínimo.
- El prestador no ha desarrollado el 4º elemento medible de APF 1.3.

Observación de la Unidad de Fiscalización: Siendo esta una característica con un umbral mínimo de 75% de cumplimiento, se ha observado que numerosos prestadores han desarrollado 1º, 2º y 3º EM, sin haber trabajado en nada la reposición oportuna de los stocks mínimos de medicamentos e insumos en las unidades críticas, factor que en definitiva es lo único que incide en la seguridad de la atención de los pacientes, en lo que respecta a esta característica obligatoria.

I. CARACTERÍSTICA GCL 1.11: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.

1º EM	Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación.
2º EM	Se constata la trazabilidad de las biopsias.

Gráfico N°13
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible GCL 1.11



De las 89 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 39 se verificó el incumplimiento de ella. El incumplimiento afecta a los 2 EM, siendo mayor en el 1° EM, con 20 puntos porcentuales de diferencia.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El documento no describe el procedimiento, para el seguimiento de las biopsias rápidas.
- No se describe el procedimiento de custodia de las muestras, que se almacenan en diferentes puntos de verificación, especialmente en fines de semana y días festivos.
- No se encuentran todos los documentos que describen los procedimientos exigibles en el elemento medible, en todos los puntos de verificación aplicables al prestador.
- El documento no incluye el procedimiento para los PAP y otros citológicos.
- El documento no describe el hito de término de la trazabilidad de las biopsias.
- Existen documentos no vigentes en algún punto de verificación.
- El documento no describe el procedimiento de traslado de las muestras analizadas en un laboratorio externo, en el caso de pacientes de pensionado y no contempla un procedimiento que asegure el análisis de todas las muestras obtenidas en la institución, independiente del pago asociado a la prestación.
- El documento explicita claramente que las biopsias que no se han cancelado, no se enviarán a procesar.
- En el sistema de registro descrito en el protocolo, no se incluye al responsable de la recepción de las muestras en el caso de que estas se envíen a un laboratorio externo (compra de Servicio).

Segundo elemento medible:

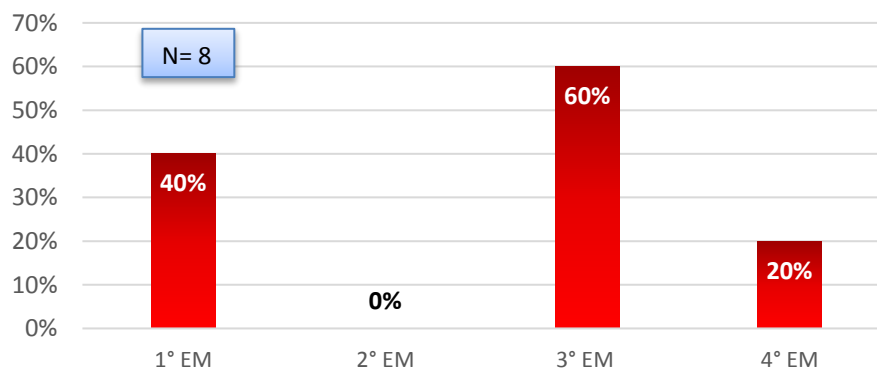
- Los informes de las biopsias no se encuentran disponibles en la ficha clínica del paciente, o no se documenta el hito de término de la trazabilidad de éstas.
- Los registros de trazabilidad se encuentran incompletos, borrados y/o enmendados.
- Existen muestras de biopsias que aún siguen siendo trasladadas por los pacientes o por los médicos, a laboratorios externos al prestador en donde se obtuvo la muestra. En dichos casos, ese prestador se desentiende de la trazabilidad correspondiente desde el momento que le entrega la muestra al paciente o médico.

- Se constata que en un prestador, existe una gran cantidad de muestras en espera de procesamiento, porque la demanda supera con creces la capacidad del Laboratorio de APA de este, requiriendo la compra adicional de servicio a un externo. No obstante lo anterior, dicha compra está supeditada a contar con un presupuesto para esto.
- Se verifican muestras de biopsias en zonas de acopio, en espera del pago de estas para ser enviadas a procesar. En algunos casos, la espera es de varios meses superando incluso un año desde que la muestra fue obtenida. Lo anterior, condiciona la prestación al pago de esta, vulnerando además, la seguridad de los pacientes involucrados, no cumpliendo con lo instruido en la Circular IP N° 31 de 2014.

J. CARACTERÍSTICA GCL 1.12: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente.

1° EM	Se describen en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la identificación de pacientes: Obligatoriedad de identificación al menos en: Recién nacidos, pacientes pediátricos, pacientes con compromiso de conciencia y pacientes que ingresan a pabellón. Se ha definido el tipo de identificación y los datos a incluir en la identificación. Se han definido los responsables de su aplicación.
2° EM	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
3° EM	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.
4° EM	Se constata identificación de pacientes.

Gráfico N°14
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible GCL 1.12



De las 20 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 8 se verificó el incumplimiento de ella. El incumplimiento afecta al 3° EM, 1° EM y 4° EM, de mayor a menor, con 20 puntos porcentuales de diferencia entre cada uno de ellos.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El documento no establece la obligatoriedad de identificación de pacientes que ingresan a pabellón y con compromiso de conciencia.
- El documento presentado en el punto de verificación no está vigente.

Tercer elemento medible:

- La evaluación periódica realizada por el prestador, no corresponde a lo definido en el indicador.

- **Ejemplo:** El denominador del indicador define la medición de los pacientes con compromiso de conciencia, sin embargo, los resultados de la evaluación periódica corresponden a la evaluación de todos los pacientes hospitalizados.
- Los resultados obtenidos durante la fiscalización, no son concordantes con los entregados por el prestador. Superan el 15% de diferencia definido como aceptable.

Cuarto elemento medible:

- La identificación de los pacientes no se realiza de acuerdo a lo descrito en el protocolo (datos mínimos del brazalete).

K. CARACTERÍSTICA GCL 1.5: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico.

1° EM	Se describen en un documento de carácter institucional los criterios clínicos de ingreso y egreso a cada Unidad de Paciente Crítico y se ha definido los responsables de su aplicación.
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La característica se compone de un solo elemento medible, por lo que su incumplimiento siempre será de un 100%.

De las 48 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 20 se verificó el incumplimiento de ella. Consta de un solo elemento medible, por lo que el incumplimiento de este significará un 100% de incumplimiento de la característica.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El documento no define los criterios diferenciados de ingreso y egreso a UCI y UTI, en aquellos prestadores que atienden pacientes de ambas categorías. Por ejemplo, existe una Unidad combinada que posee camas definidas e implementadas para UCI y para UTI, en las que se definen criterios únicos para el ingreso y egreso a UPC. También, en menor cantidad se observa la situación descrita en Unidades de UCI y UTI independientes, pero que comparten los mismos criterios de ingreso y egreso.
- El documento no define los criterios diferenciados para UCI o UTI de pacientes de neonatología y pacientes pediátricos.
- Los criterios de ingreso, egreso y exclusión definidos se contraponen, por ejemplo, se define como criterio de ingreso pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada y como criterio de exclusión a pacientes que requieran drogas vasoactivas.
- Prestadores que cuentan con Unidades o camas en donde se otorgan prestaciones de UCI y/o UTI, no reconocidas mediante la Autorización Sanitaria correspondiente, no cuentan con un documento que defina los criterios de ingreso y egreso pertinente.
- Existencia de documentos no vigentes en el punto de verificación.

Observación de la Unidad de Fiscalización en Calidad: Se aclara que, en prestadores que otorguen prestaciones correspondientes a UCI y/o UTI, tales como, ventilación mecánica invasiva, monitoreo invasivo, etc., dicho prestador deberá contar con el documento para GCL 1.5 de acuerdo a la Unidad de Paciente Crítico a que correspondan las prestaciones otorgadas. Lo anterior, es obligatorio aun cuando

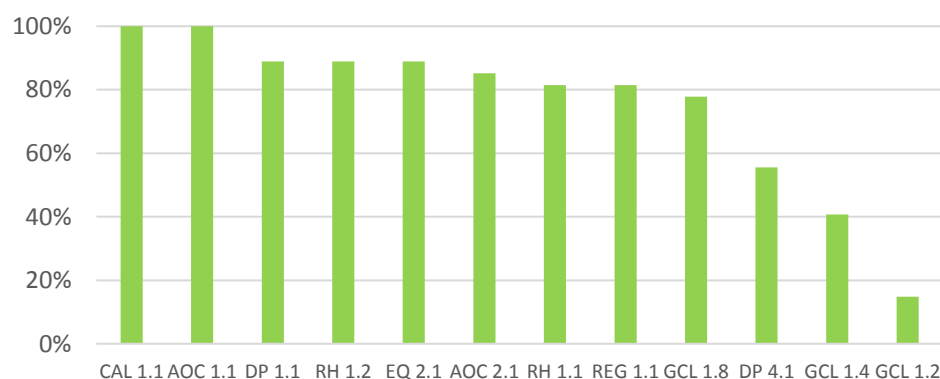
la UPC no cuente con Autorización Sanitaria o las camas no se encuentren reconocidas como tal. También aplica en aquellos casos en que el prestador indica que esas prestaciones de UPC, se otorgan parcialmente y por un corto lapso de tiempo, mientras el paciente es trasladado.

8.2. RESULTADOS DEL ESTÁNDAR DE ATENCIÓN ABIERTA

TABLA N°9
Características fiscalizadas en prestadores de atención abierta /
Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	% frecuencia de fiscalización
CAL 1.1	27	100%
AOC 1.1	27	100%
DP 1.1	24	89%
RH 1.2	24	89%
EQ 2.1	24	89%
AOC 2.1	23	85%
RH 1.1	22	81%
REG 1.1	22	81%
GCL 1.8	21	78%
DP 4.1	15	56%
GCL 1.4	11	41%
GCL 1.2	4	15%

Gráfico N°15
Características fiscalizadas en el estándar de acreditación de atención abierta /
Enero 2014 – diciembre 2017



Podemos observar que las características obligatorias de los prestadores de atención abierta, han sido fiscalizadas en su mayoría en más del 50% de éstos; siendo así que, de las 12 características, 10 han sido fiscalizadas más de 15 veces. Cabe destacar que las características CAL 1.1 y AOC 1.1, se han evaluado en el 100% de los prestadores fiscalizados (27).

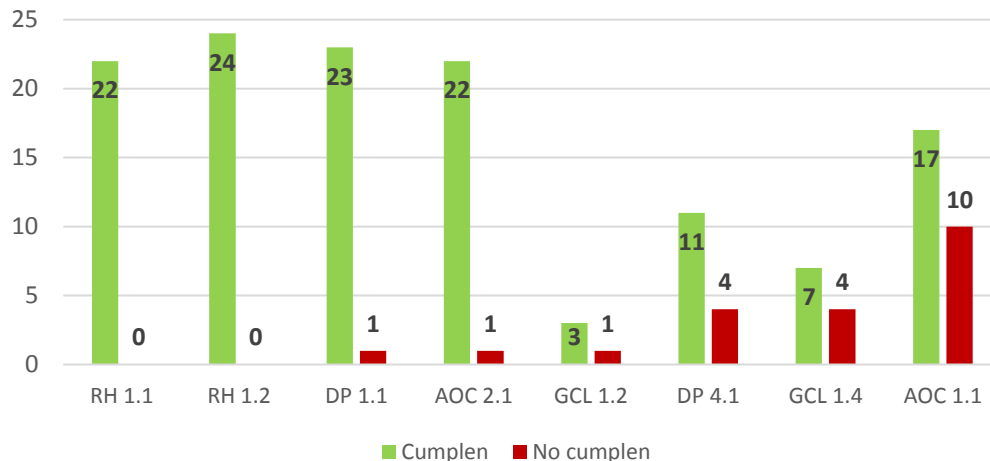
La alta frecuencia de fiscalización de estas características, se debe fundamentalmente a que, de acuerdo al procedimiento de fiscalización definido para este tipo de estándar de

acreditación, generalmente, se fiscalizan el total de características obligatorias que le aplican al prestador, salvo que exista alguna contingencia particular durante la fiscalización.

TABLA N°10
Características con mayor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación de atención abierta / Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	N° cumplidas	% cumplimiento
RH 1.1	22	22	100%
RH 1.2	24	24	100%
DP 1.1	24	23	96%
AOC 2.1	23	22	96%
GCL 1.2	4	3	75%
DP 4.1	15	11	73%
GCL 1.4	11	7	64%
AOC 1.1	27	17	63%
CAL 1.1	27	11	41%
GCL 1.8	21	7	33%
EQ 2.1	24	7	29%
REG 1.1	22	5	23%

Gráfico N°16
Características con mayor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación de atención abierta / Enero 2014 – diciembre 2017

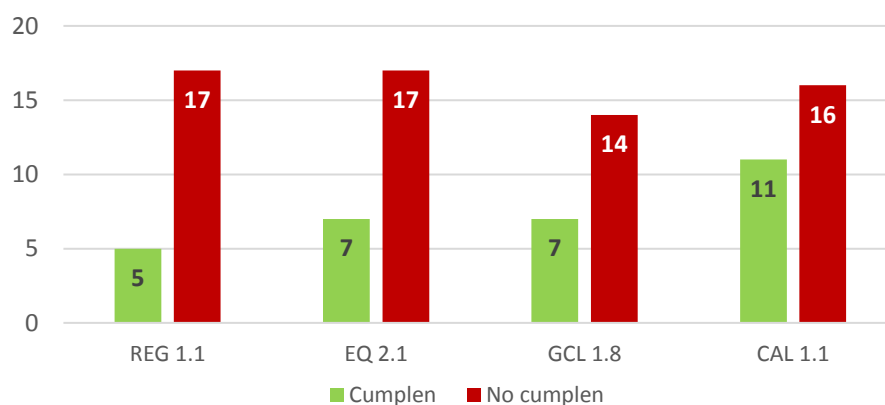


Se muestran las características con mayor cumplimiento durante la fiscalización de la mantención del estándar de acreditación para atención abierta. De las 12 características fiscalizadas, 8 de ellas presentan un cumplimiento mayor al 60%, siendo así que, RH 1.1 y RH 1.2 se cumplieron en el 100% de los prestadores fiscalizados (22 y 24, respectivamente). Si consideramos la frecuencia de fiscalización y el cumplimiento de las características, podemos ver que DP 1.1 y AOC 2.1, presentan un cumplimiento del 96%. Además, destacan las características DP 4.1, fiscalizada en 15 prestadores y cumplen 11; GCL 1.4, fiscalizadas en 11 prestadores y cumplen 7 y AOC 1.1, fiscalizada en 27 prestadores, de los cuales cumplen 17.

TABLA N°11
Características con menor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación de atención abierta / Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	N° incumplidas	% Incumplimiento
REG 1.1	22	17	77%
EQ 2.1	24	17	71%
GCL 1.8	21	14	67%
CAL 1.1	27	16	59%
AOC 1.1	27	10	37%
GCL 1.4	11	4	36%
DP 4.1	15	4	27%
GCL 1.2	4	1	25%
AOC 2.1	23	1	4%
DP 1.1	24	1	4%
RH 1.1	22	0	0%
RH 1.2	24	0	0%

Gráfico N°17
Características con menor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación de atención abierta / Enero 2014 – diciembre 2017



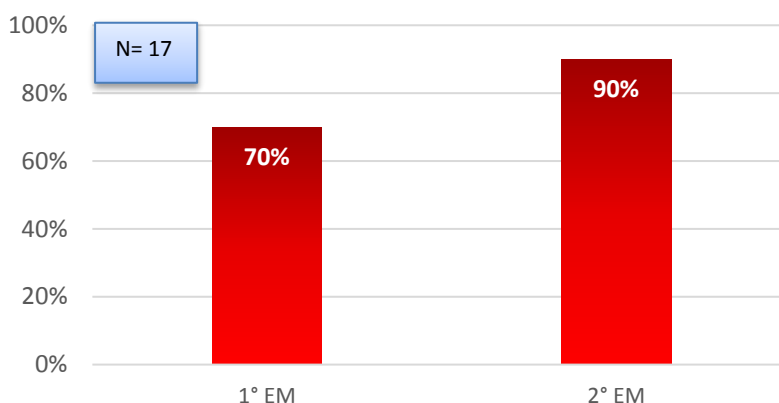
Se observa que, como resultado de las fiscalizaciones realizadas a prestadores institucionales de atención abierta, durante el periodo en estudio, existen 4 características que presentan un alto porcentaje de incumplimiento, en 3 de ellas superando el 65%, en relación a la cantidad de veces en que éstas fueron fiscalizadas. La característica REG 1.1, fue fiscalizada en 22 prestadores y presentaron incumplimiento 17 de éstos; EQ 2.1, fue fiscalizada en 24 prestadores y no cumplen 17 (71%); GCL 1.8, fiscalizada en 21 prestadores y presentan incumplimiento 14 y CAL 1.1, se fiscalizó en 27 prestadores y no cumplen 16.

8.2.1 ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS CON MAYOR INCUMPLIMIENTO

A. CARACTERÍSTICA REG 1.1: El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.

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 la existencia de ficha clínica única e individual en hospitalización.

Gráfico N°18
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible REG 1.1



De las 22 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 17 se verificó el incumplimiento de ella. Ambos elementos medibles presentan un alto porcentaje de incumplimiento, alcanzando un 90% en el 2° EM y 70% en el 1° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El documento no define el código único de identificación de la ficha clínica.
- El documento no declara la existencia de registros clínicos paralelos que forman parte de la ficha clínica del paciente.
- El documento no contiene el procedimiento de acceso y vinculación de los diferentes soportes que conforman la ficha clínica.
- El protocolo no describe explícitamente el procedimiento de acceso a la ficha clínica, para los profesionales involucrados en la atención del paciente.

Segundo elemento medible:

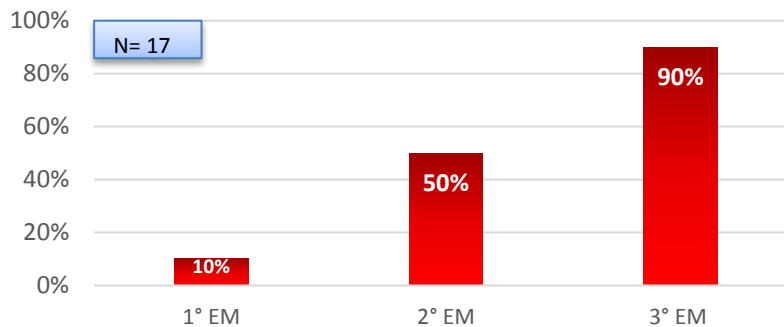
- Se constata la existencia de registros paralelos no declarados en el documento institucional y que no se encuentran vinculados a la ficha clínica.
- La ficha clínica electrónica, no permite que los diversos profesionales que participan en la atención del paciente, tengan acceso a la integridad de los antecedentes que conforman la historia médica de un paciente.
- El acceso a la ficha clínica electrónica del paciente, se encuentra restringido para el personal técnico de la institución, lo que en algunos casos no permite que éstos puedan registrar las prestaciones efectuadas a los pacientes.
- Existen registros en formato papel no vinculados a la ficha electrónica del paciente.

- Existen antecedentes clínicos de los pacientes registrados en distintos formatos, electrónicos, papel, cartolas, los que no se encuentran vinculados mediante un código único de identificación.
- El prestador cuenta con un registro paralelo no descrito en el protocolo, de tal manera que no es posible verificar la identificación, vinculación y acceso a la integralidad de los registros clínicos de los pacientes.
- Al igual que en lo descrito en REG 1.1, estándar de acreditación cerrada, también en este estándar, se verifican varios incumplimientos en el registro de las prestaciones de kinesiología.

B. CARACTERÍSTICA EQ 2.1: Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.

1° EM	Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.
2° EM	Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos: Equipos de monitorización hemodinámica, monitores desfibriladores, ventiladores fijos y de transporte, máquinas de anestesia, ambulancias de urgencia e incubadoras.
3° EM	Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.

Gráfico N°19
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible EQ 2.1



De las 24 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 17 se verificó el incumplimiento de ella, destacando el 90% de incumplimiento en el 2° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El documento presentado no se encuentra vigente.

Segundo elemento medible:

- El protocolo no define la periodicidad de la mantención preventiva.
- El protocolo no describe las actividades mínimas a realizar en la mantención preventiva de cada equipo crítico.

Tercer elemento medible:

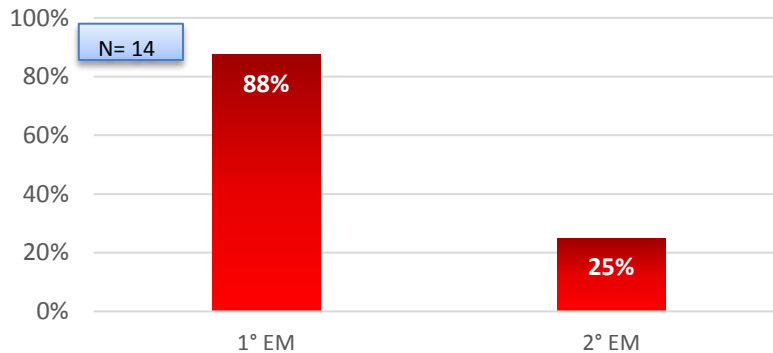
- El prestador no cuenta con el registro de las mantenciones preventivas realizadas.

- Las actividades realizadas en la mantención preventiva no corresponden a las definidas en el programa del prestador.
- La firma de recepción conforme de la mantención preventiva, registrada en el informe corresponde a otro profesional distinto del que está definido en el protocolo institucional.
- No se cumple con la periodicidad definida en el programa de mantención preventiva.

C. CARACTERÍSTICA GCL 1.8: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.

1° EM	Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación.
2° EM	Se constata la trazabilidad de las biopsias.

Gráfico N°20
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible GCL 1.8



De las 21 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 14 se verificó el incumplimiento de ella, destacando el 88% de incumplimiento en el 1° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El protocolo no describe el procedimiento de traslado y recepción de las muestras de biopsias y/o citológicos.
- El protocolo no contempla el procedimiento de trazabilidad para las muestras citológicas.
- El documento no describe procedimiento de recepción y entrega del informe de biopsia.
- El documento no describe las condiciones de traslado de las muestras.
- El documento no describe la etapa post analítica, por lo que no se establece el término de la trazabilidad de la biopsia, de acuerdo a lo que indica la Circular IP N°25 de agosto de 2013.

Segundo elemento medible:

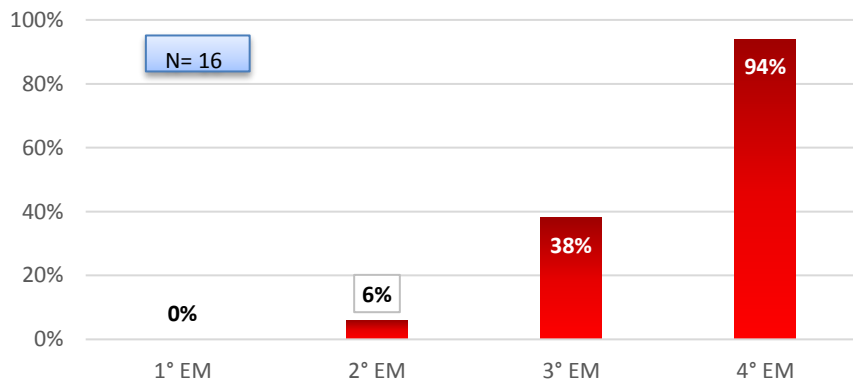
- No es posible acceder al informe de algunas de las biopsias trazadas, o constatar el hito de término para la trazabilidad de las biopsias.

- Existe discordancia entre el número de muestras enviadas para análisis y el número de muestras que describe el informe final de la biopsia.

D. CARACTERÍSTICA CAL 1.1: Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

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. La descripción del cargo del responsable especifica funciones y horas asignadas.
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.

Gráfico N°21
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible CAL 1.1



De las 27 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 16 se verificó el incumplimiento de ella, destacando el 94% de incumplimiento en el 4° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Segundo elemento medible:

- El documento que designa al responsable del programa de calidad no se encuentra vigente.

Tercer elemento medible:

- El programa de calidad no incorpora un sistema de evaluación, que permita determinar el cumplimiento de las metas u objetivos definidos en el programa.
- El programa de calidad, no está enfocado a la evaluación de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Su enfoque es hacia la evaluación de los aspectos administrativos y de satisfacción usuaria de la institución.
- El programa no contiene actividades orientadas al cumplimiento de los objetivos o metas, no cumpliendo con la definición de "Programa" contenida en el glosario del manual del estándar de acreditación.

Cuarto elemento medible:

- El informe no contiene un análisis de los resultados obtenidos.

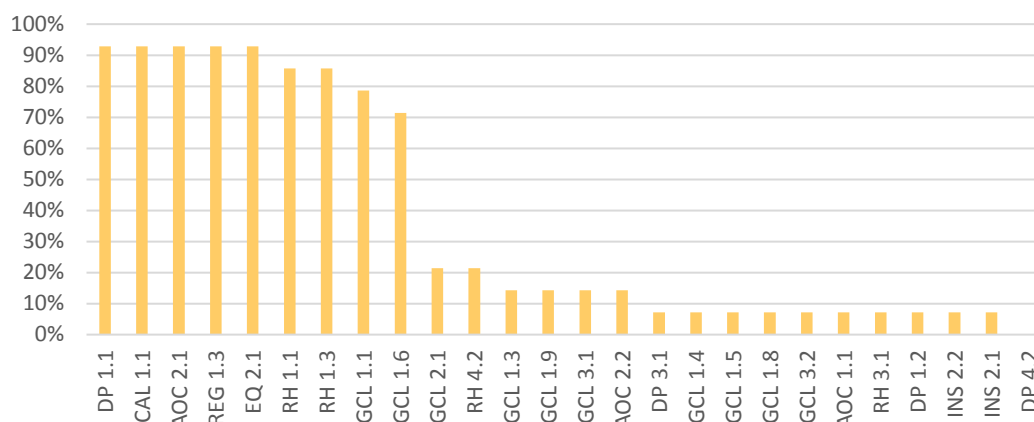
- El análisis descrito en el informe, no da cuenta de todos los resultados obtenidos por cada meta u objetivo definido en el programa.
- El informe contiene un ítem análisis, sin embargo, éste corresponde a la descripción de los resultados y verificadores.
- No es posible establecer, en el informe de evaluación, el cumplimiento alcanzado por cada objetivo, dado que el programa no define la meta establecida por cada objetivo.

8.3. RESULTADOS DEL ESTÁNDAR DE CENTROS DE DIÁLISIS

TABLA N°12
Características fiscalizadas con en el estándar de acreditación para Centros de Diálisis / Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	% frecuencia de fiscalización
DP 1.1	13	93%
CAL 1.1	13	93%
AOC 2.1	13	93%
REG 1.3	13	93%
EQ 2.1	13	93%
RH 1.1	12	86%
RH 1.3	12	86%
GCL 1.1	11	79%
GCL 1.6	10	71%
GCL 2.1	3	21%
RH 4.2	3	21%
GCL 1.3	2	14%
GCL 1.9	2	14%
GCL 3.1	2	14%
AOC 2.2	2	14%
DP 3.1	1	7%
GCL 1.4	1	7%
GCL 1.5	1	7%
GCL 1.8	1	7%
GCL 3.2	1	7%
AOC 1.1	1	7%
RH 3.1	1	7%
DP 1.2	1	7%
INS 2.2	1	7%
INS 2.1	1	7%
DP 4.2	0	0%

Gráfico N°22
Características fiscalizadas en el estándar de acreditación para Centros de Diálisis / Enero 2014 – diciembre 2017



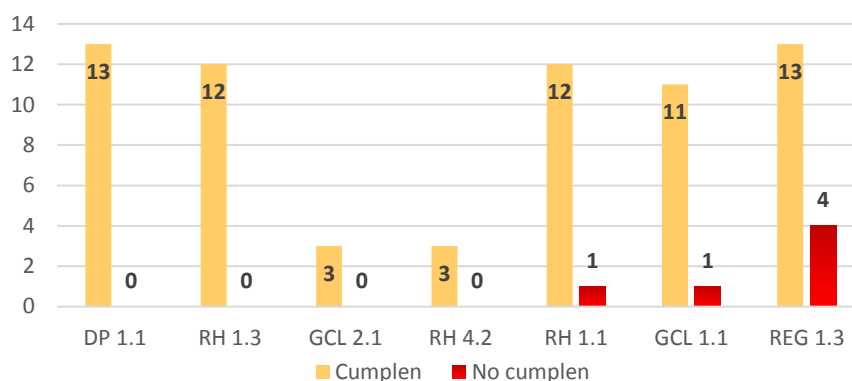
Considerando la cantidad de prestadores en los cuales se fiscaliza una determinada característica, se observa que, del total de 13 centros de diálisis fiscalizados, las características DP 1.1, CAL 1.1, AOC 2.1, REG 1.3 y EQ 2.1, se han fiscalizado en el 92% de los prestadores (12). Otras de las características fiscalizadas con mayor frecuencia corresponden a, RH 1.1 y RH 1.3, 85% (11 prestadores); GCL 1.1, 77% (10); GCL 1.6, 69% (9).

TABLA N°13
Características con mayor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación para Centros de Diálisis / Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	N° Cumplen	% Cumplimiento
DP 1.1	13	13	100%
RH 1.3	12	12	100%
DP 3.1	1	1	100%
GCL 1.4	1	1	100%
GCL 1.5	1	1	100%
GCL 1.8	1	1	100%
GCL 2.1	3	3	100%
GCL 3.2	1	1	100%
AOC 1.1	1	1	100%
RH 3.1	1	1	100%
RH 4.2	3	3	100%
DP 1.2	1	1	100%
INS 2.2	1	1	100%
RH 1.1	12	11	92%
GCL 1.1	11	10	91%
REG 1.3	13	9	69%
GCL 1.6	10	5	50%
GCL 1.3	2	1	50%
GCL 1.9	2	1	50%
GCL 3.1	2	1	50%
AOC 2.2	2	1	50%
CAL 1.1	13	5	38%

Característica	N° de veces fiscalizada	N° Cumplen	% Cumplimiento
AOC 2.1	13	4	31%
EQ 2.1	13	1	8%
INS 2.1	1	0	0%

Gráfico N°23
Características con mayor frecuencia de cumplimiento en el estándar de acreditación para Centros de Diálisis / Enero 2014 – diciembre 2017



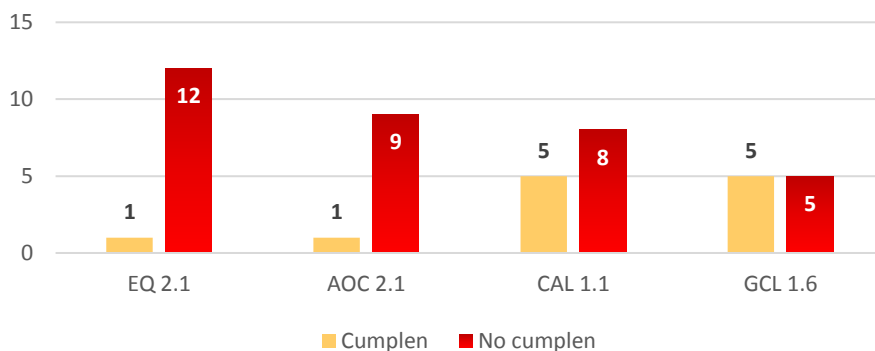
Se observan las características con mayor cumplimiento, destacándose aquellas en la cuales, al cruzar las variables de frecuencia de fiscalización y cumplimiento de la característica, éste último supera el 50%. Siendo así que, DP 1.1, RH 1.3, GCL 2.1 y RH 4.2, se han cumplido en el 100% de las veces en la que fueron fiscalizadas. Además, destacan las características RH 1.1, fiscalizada en 12 prestadores y con cumplimiento en 11; GCL 1.1, fiscalizada en 11 prestadores y cumplen 10; y REG 1.3, fiscalizada en 13 prestadores y cumplen 9.

TABLA N°14
Características con mayor frecuencia de incumplimiento en el estándar de acreditación para Centros de Diálisis / Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	N° incumplen	% incumplimiento
INS 2.1	1	1	100%
EQ 2.1	13	12	92%
AOC 2.1	13	9	69%
CAL 1.1	13	8	62%
GCL 1.6	10	5	50%
GCL 1.3	2	1	50%
GCL 1.9	2	1	50%
GCL 3.1	2	1	50%
AOC 2.2	2	1	50%
REG 1.3	13	4	31%
GCL 1.1	11	1	9%
RH 1.1	12	1	8%
DP 1.1	13	0	0%
RH 1.3	12	0	0%
DP 3.1	1	0	0%
GCL 1.4	1	0	0%
GCL 1.5	1	0	0%

Característica	N° de veces fiscalizada	N° incumplen	% incumplimiento
GCL 1.8	1	0	0%
GCL 2.1	3	0	0%
GCL 3.2	1	0	0%
AOC 1.1	1	0	0%
RH 3.1	1	0	0%
RH 4.2	3	0	0%
DP 1.2	1	0	0%
INS 2.2	1	0	0%

Gráfico N°24
Características con mayor frecuencia de incumplimiento en el estándar de acreditación para Centros de Diálisis / Enero 2014 – diciembre 2017



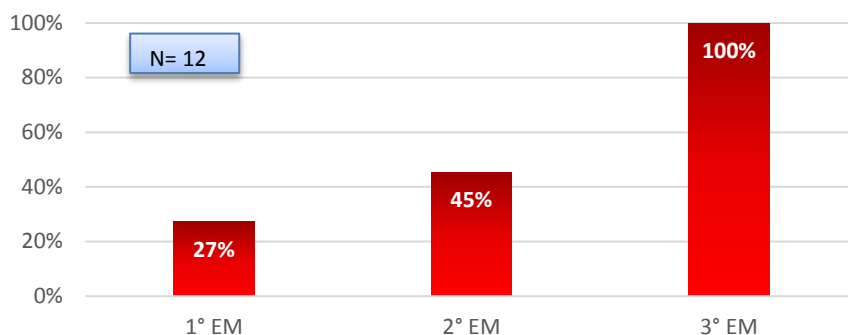
Se destacan las 4 características que presentaron mayor incumplimiento durante la fiscalización a los Centros de Diálisis. Nuevamente, si consideramos el N° de veces en que una característica fue fiscalizada y el N° de veces en que ésta no se cumple, EQ 2.1, AOC 2.1 y CAL 1.1, se fiscalizaron en 13 prestadores y no la cumplieron 12, 9 y 8 de éstos, respectivamente. Otra característica con porcentaje de incumplimiento del 50% es GCL 1.6, fiscalizada en 10 prestadores, 5 no la cumplen.

8.3.1 ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS CON MAYOR INCUMPLIMIENTO

A. CARACTERÍSTICA EQ 2.1: Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.

1° EM	Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.
2° EM	Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos: Monitores desfibriladores, monitores de diálisis, equipo(s) de tratamiento de agua.
3° EM	Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.

Gráfico N° 25
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible EQ 2.1



De las 13 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 12 se verificó el incumplimiento de ella, destacando el 100% de incumplimiento en el 3° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El documento que designa al responsable no se encuentra firmado por ninguna autoridad del prestador.
- No se ha designado formalmente al responsable institucional del mantenimiento preventivo del equipamiento.
- Se ha designado a un responsable del mantenimiento preventivo, sin embargo, durante la fiscalización, se constata que el profesional designado no ejerce dicho cargo, sino que es ejercido por otro profesional.

Segundo elemento medible:

- El prestador no cuenta con un programa de mantención preventiva. La mantención preventiva de los equipos críticos, se encuentra asignada a los proveedores externos en base a convenios, donde la definición de las condiciones de la mantención son estipuladas por el prestador externo.
- El programa de mantención preventiva no describe las actividades mínimas a realizar en cada equipo y planta de agua. El detalle de éstas, se encuentra en un documento del servicio técnico, el cual no forma parte ni está vinculado con el programa de mantención presentado por el prestador.
- El programa no define la periodicidad ni las actividades a realizar en la mantención preventiva, de los equipos en garantía.

Tercer elemento medible:

- No se cumple la periodicidad de la mantención preventiva de acuerdo al programa definido por el prestador.
- En la mantención preventiva realizada a los equipos, no se ejecutan todas las actividades definidas en el programa de mantención preventiva.
- No existen registros de las mantenciones realizadas a los equipos críticos.
- No es posible constatar el cumplimiento de las actividades mínimas realizadas en la mantención preventiva, toda vez que éstas no están descritas en el programa.
- Las actividades ejecutadas en la mantención preventiva de la planta de agua, no han sido registradas en los informes técnicos, por lo que no es posible constatar el cumplimiento de éstas.
- Los monitores de diálisis en garantía, no tienen definida una periodicidad de mantención, por lo que no es posible constatar su cumplimiento.

B. CARACTERÍSTICA AOC 2.1: El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden su capacidad de resolución.

1° EM	Se describe en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la derivación de pacientes: Responsables que deciden derivación, red de derivación y su procedimiento, definición de tipo y condiciones de transporte y definición de la información que debe acompañar al paciente.
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La característica se compone de un solo elemento medible, por lo que su incumplimiento será siempre al 100%.

De las 13 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 9 se verificó el incumplimiento de ella. La característica se compone de un solo elemento medible, por lo que su incumplimiento siempre corresponderá a un 100%.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

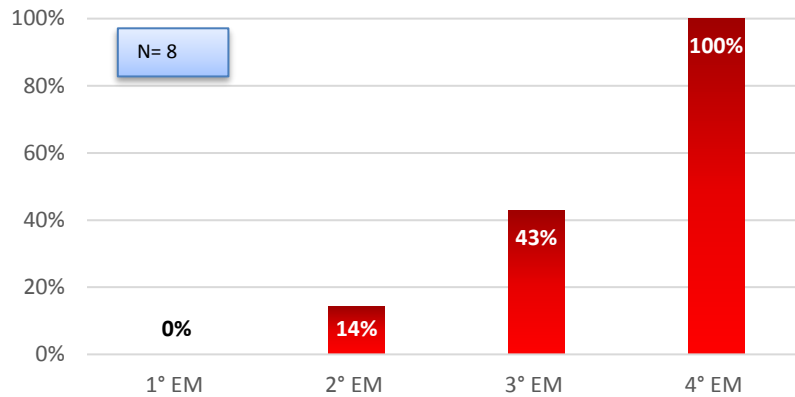
Primer elemento medible:

- El documento no describe el tipo y las condiciones de traslado del paciente.
- No se explicita la red de derivación con la que cuenta el centro. Se constata que en algunos casos, son los mismos pacientes o sus familiares quienes determinan el lugar donde serán trasladados. Ésta situación no se encuentra definida en la norma local.
- El documento no describe la red hospitalaria de derivación de los usuarios.
- El documento no es explícito en señalar al responsable de la decisión de derivación de un paciente, en caso de emergencia. Además, no se describe las condiciones de transporte al momento del traslado.
- El documento no describe el tipo y condiciones de traslado para los pacientes de baja y mediana complejidad. Sólo considera a los pacientes de alta complejidad.

C. CARACTERÍSTICA CAL 1.1: Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

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. La descripción del cargo del responsable especifica: funciones y horas asignadas.
3° EM	Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación 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.

Gráfico N°26
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible CAL 1.1



De las 13 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 8 se verificó el incumplimiento de ella, destacando el 100% de incumplimiento en el 4° EM y un 43% en el 3° EM. Se constata un 100% de cumplimiento en el 1° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Segundo elemento medible:

- El documento que designa al profesional a cargo del programa de calidad, no contiene las funciones a realizar ni las horas asignadas.

Tercer elemento medible:

- El sistema de evaluación del programa de calidad descrito en el documento, señala que será a través del porcentaje de cumplimiento de metas y verificadores. No obstante, éstos no se encuentran definidos en el documento.
- El programa no contiene actividades orientadas al cumplimiento de los objetivos; no cumpliendo con la definición de "Programa" contenida en el glosario del Manual del estándar de acreditación.

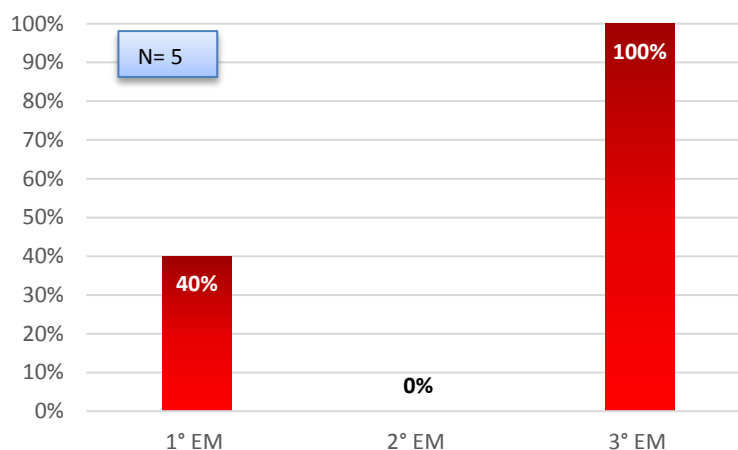
Cuarto elemento medible:

- El informe no considera la evaluación de todas las metas e indicadores definidos en el programa de calidad.
- El informe muestra los resultados obtenidos, pero no realiza un análisis de ellos.
- No es posible constatar un informe de evaluación, toda vez que el programa no define metas objetivables, que permitan conocer los resultados obtenidos de las actividades descritas.
- El informe de evaluación, sólo contiene un análisis parcial de los resultados obtenidos.

D. CARACTERÍSTICA GCL 1.6: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión.

1° EM	Se describe en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponente y N° de unidades.
2° EM	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
3° EM	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica de la indicación, en la totalidad de las transfusiones realizadas.

Gráfico N°27
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible GCL 1.6



De las 10 fiscalizaciones efectuadas en que se incluyó esta característica, en 5 se verificó el incumplimiento de ella, destacando el 100% de incumplimiento en el 3° EM versus el 100% de cumplimiento en el 2° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El prestador no presenta protocolo para la indicación médica de transfusión, porque no realiza estas prestaciones y deriva a los pacientes que la requieren.
- El protocolo de transfusión, no describe el número de unidades a transfundir por tipo de hemocomponente.

Tercer elemento medible:

- Los resultados de la evaluación periódica no corresponden a lo definido en el indicador. Ejemplos constatados:
 - El indicador define medir cumplimiento de criterios de tipo de hemocomponente y N° de unidades y los resultados corresponden a la evaluación de la técnica de administración del hemocomponente.
 - El indicador define medir cumplimiento de los criterios de transfusión y los resultados corresponden a la evaluación de la completitud de registros en la solicitud de transfusión.
 - Los resultados obtenidos en la fiscalización no son concordantes con los presentados por el prestador.

Observación de la Unidad de Fiscalización en Calidad:

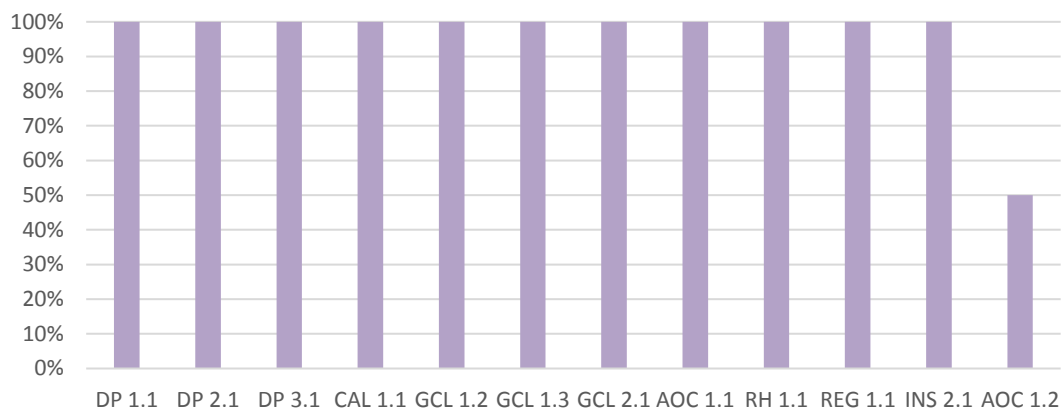
Se aclara a los prestadores de Centros de Diálisis, que esta característica les aplica siempre que exista "indicación" de transfusión a sus pacientes, independiente de que éstos sean derivados a otro prestador que le otorga la prestación de transfusión.

8.4. RESULTADOS DEL ESTÁNDAR DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CERRADA

TABLA N°15
Características fiscalizadas en el estándar de atención psiquiátrica cerrada /
Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	% frecuencia de fiscalización
DP 1.1	2	100%
DP 2.1	2	100%
DP 3.1	2	100%
CAL 1.1	2	100%
GCL 1.2	2	100%
GCL 1.3	2	100%
GCL 2.1	2	100%
AOC 1.1	2	100%
RH 1.1	2	100%
REG 1.1	2	100%
INS 2.1	2	100%
AOC 1.2	1	50%

Gráfico N°28
Características fiscalizadas en el estándar de atención psiquiátrica cerrada /
Enero 2014 – diciembre 2017

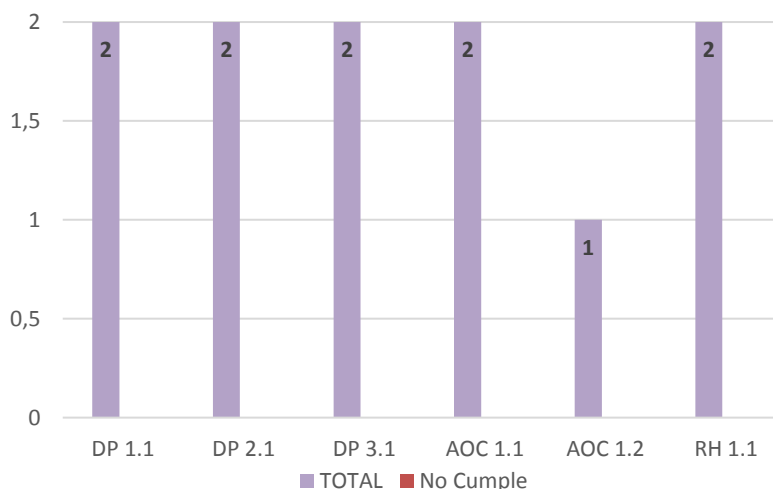


Se observa que de las 12 características obligatorias que aplican a los prestadores de atención psiquiátrica cerrada, 11 se han evaluado en los 2 que han sido fiscalizados. La característica AOC 1.2, fue fiscalizada sólo en un prestador, dado que en el otro prestador, ésta no aplicaba. El bajo número de fiscalizaciones realizadas en este estándar, se debe a que, hasta la fecha del estudio existen sólo 4 prestadores acreditados. Los 2 que no fueron fiscalizados son de baja complejidad, por lo que no entraron en el criterio de selección por riesgo.

TABLA N°16
Características con mayor cumplimiento en el estándar de acreditación de
atención psiquiátrica cerrada /Enero de 2014 – diciembre de 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	N° cumplidas	% cumplimiento
DP 1.1	2	2	100%
DP 2.1	2	2	100%
DP 3.1	2	2	100%
AOC 1.1	2	2	100%
AOC 1.2	1	1	100%
RH 1.1	2	2	100%
GCL 1.3	2	1	50%
CAL 1.1	2	0	0%
GCL 1.2	2	0	0%
GCL 2.1	2	0	0%
REG 1.1	2	0	0%
INS 2.1	2	0	0%

Gráfico N°29
Características con mayor cumplimiento en el estándar de acreditación de
atención psiquiátrica cerrada /Enero de 2014 – diciembre de 2017

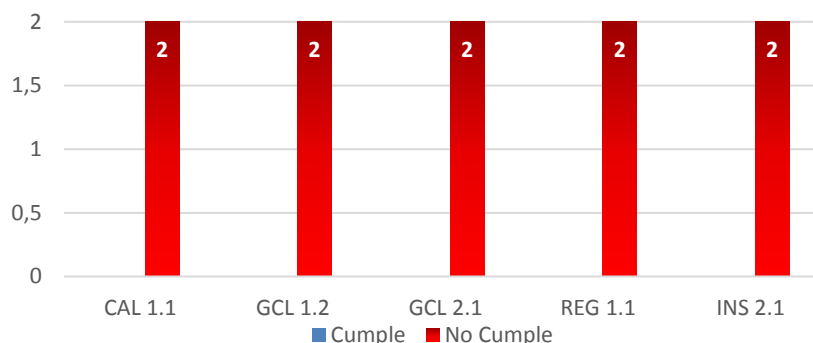


Los 2 prestadores que han sido fiscalizados en este estándar, han cumplido las características DP 1.1, DP 2.1, DP 3.1, AOC 1.1 y RH 1.1. La característica AOC 1.2, fue fiscalizada en un prestador y ésta se cumplió. La característica GCL 1.3, se cumplió en 1 prestador de los 2 que fueron fiscalizados, por lo que presenta un cumplimiento del 50%.

TABLA N°17
Características con mayor incumplimiento en el estándar de acreditación de atención psiquiátrica cerrada /Enero 2014 – diciembre 2017

Característica	N° de veces fiscalizada	N° incumplidas	% incumplimiento
CAL 1.1	2	2	100%
GCL 1.2	2	2	100%
GCL 2.1	2	2	100%
REG 1.1	2	2	100%
INS 2.1	2	2	100%
GCL 1.3	2	1	50%
DP 1.1	2	0	0%
DP 2.1	2	0	0%
DP 3.1	2	0	0%
AOC 1.1	2	0	0%
AOC 1.2	1	0	0%
RH 1.1	2	0	0%

Gráfico N°30
Características con mayor incumplimiento en el estándar de acreditación de atención psiquiátrica cerrada /Enero 2014 – diciembre 2017



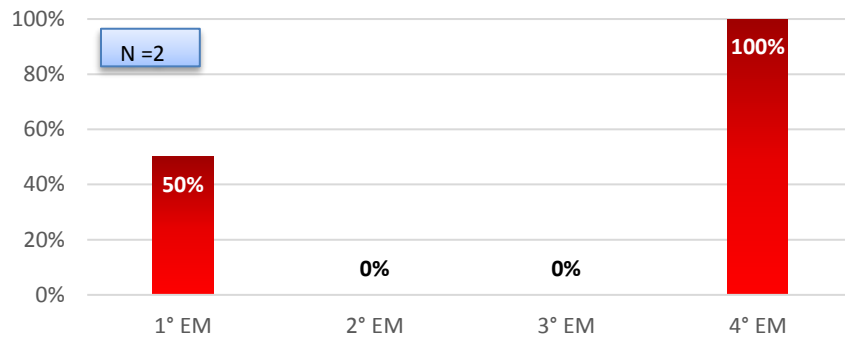
Se muestra que las características CAL 1.1, GCL 1.2, GCL 2.1, REG 1.1 e INS 2.1, no se cumplieron en ninguno de los dos prestadores fiscalizados, por lo que su incumplimiento es de un 100%.

8.4.1. ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS CON MAYOR INCUMPLIMIENTO

A. CARACTERÍSTICA CAL 1.1: Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

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. La descripción del cargo del responsable especifica: funciones y horas asignadas.
3° EM	Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación 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.

Gráfico N°31
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible CAL 1.1



En los 2 prestadores fiscalizados, ambos incumplen el 4° EM, y uno además incumple el 1° EM. Se observa el cumplimiento del 2° EM y 3° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El prestador no cuenta con un documento que describa la política de calidad de la institución.

Cuarto elemento medible:

- El informe presentado no incluye el análisis de todos los ámbitos definidos en el programa de calidad.

B. CARACTERÍSTICA GCL 1.2: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.

1° EM	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esta característica se compone de un solo elemento medible, por lo que su incumplimiento siempre corresponderá a un 100%.

En las 2 fiscalizaciones efectuadas se verificó el incumplimiento de la característica.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

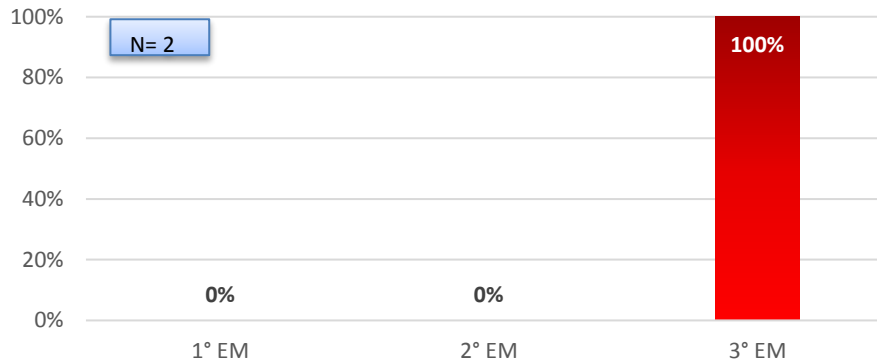
Primer elemento medible:

- El documento presentado en el punto de verificación no se encuentra vigente.
- El protocolo no define al equipo de respuesta y no se describe el procedimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP), en los casos que corresponda.

C. CARACTERÍSTICA GCL 2.1: Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales.

1° EM	Se describe en documento(s) de carácter institucional las medidas de prevención de: Error de medicación, caídas. Se han definido los responsables de su aplicación.
2° EM	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con el cumplimiento de las medidas de prevención.
3° EM	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Gráfico N°32
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible GCL 2.1



En las 2 fiscalizaciones efectuadas se verificó el incumplimiento de la característica. Solo se presenta incumplimiento en el 3° EM.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

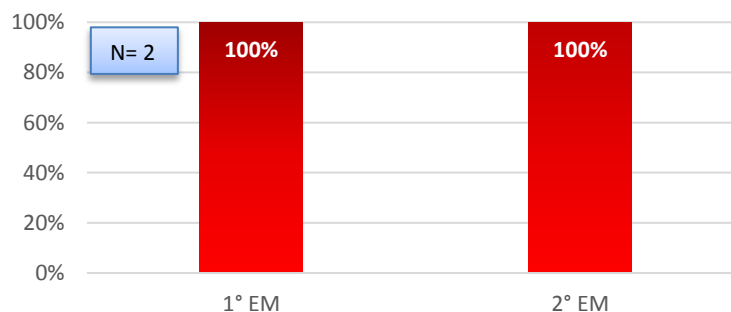
Tercer elemento medible:

- No es posible validar la evaluación periódica, toda vez que, los criterios de evaluación de la pauta de cotejo, no corresponden a lo definido en el protocolo del prestador.
- El prestador incluye en su medición a pacientes sin riesgo de caídas, lo que no corresponde, de acuerdo a lo definido en su indicador.

D. CARACTERÍSTICA REG 1.1: El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.

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 la existencia de ficha clínica única e individual en hospitalización.

Gráfico N°33
Porcentaje de incumplimiento por elemento medible REG 1.1



En las 2 fiscalizaciones efectuadas se verificó el incumplimiento de la característica. Ambos elementos medibles se encuentran en incumplimiento.

Los motivos más frecuentes de incumplimiento son:

Primer elemento medible:

- El documento no describe el procedimiento de identificación y vinculación del dato de atención de urgencia (DAU) con la ficha clínica del paciente.
- El documento no señala explícitamente, cual es el código de identificación de la ficha clínica.

Segundo elemento medible:

- El personal de salud desconoce el procedimiento de acceso y vinculación al DAU.
- Se constatan registros paralelos no declarados en el protocolo del prestador y no vinculados a la ficha clínica.
- Se constata que existen fichas de pacientes que se encuentran extraviadas y no disponibles, por razones no justificadas.
- Se constata la existencia de más de una ficha clínica por paciente, debido a que se crea una ficha por cada hospitalización. Las fichas que se van creando, no se encuentran identificadas de modo que permitan conocer la existencia de otras fichas de un mismo paciente y no existe vinculación entre éstas.

9. FISCALIZACIÓN DEL PLAN DE MEJORAS

OBJETIVO:

Verificar que los prestadores Institucionales de Salud, corrijan los incumplimientos observados en el informe de fiscalización de la mantención de las condiciones por las cuales fueron acreditados y se comprometan con medidas concretas y plazos definidos para las actividades involucradas.

EJECUCIÓN:

La revisión de los planes de mejoras reportados por los prestadores, es efectuada por una (o) de los profesionales que realizaron la fiscalización de la mantención del estándar de acreditación, y en lo principal consiste en revisión de cada una de las características observadas y representadas en incumplimiento, en las que se contrastan los motivos de incumplimiento con las acciones definidas por el prestador para subsanar tales incumplimientos, verificando que las acciones de mejoras se ajusten a lo observado e instruido por esta Intendencia. Además, observará si las acciones comprometidas son realistas y objetivables y se plantean en un tiempo alcanzable.

La fiscalización descrita precedentemente, se complementa con una última actividad, que consiste en que en aquellas medidas de mejoras en que el prestador ha definido el cambio de protocolos u otros documentos solicitados explícitamente por los elementos medibles, se les solicita al prestador el envío de estos documentos actualizados, los que son revisados por la Unidad de Fiscalización, verificando que cumplan con las exigencias de las pautas de cotejo de los estándares de acreditación correspondientes y también con las interpretaciones que haya hecho esta Intendencia, si esto último procede.

CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO:

La determinación del cumplimiento del plan de mejoras, se realiza con base en la suma total de elementos medibles incumplidos de todas las características incumplidas por el prestador fiscalizado; contratando con los elementos medibles en que el prestador presentó medidas de mejoras acordes para subsanar las infracciones detectadas. A mayor abundamiento, se contabiliza la cantidad de elementos medibles incumplidos por los que el prestador debe presentar un plan de mejoras y de éstos, en cuantos se presenta una propuesta de mejora pertinente para subsanar el incumplimiento.

Formula:

$$\text{N}^\circ \text{ de elementos medibles incumplidos de características incumplidas en la fiscalización de MEA} / \text{N}^\circ \text{ de elementos medibles con propuesta de mejora pertinente al incumplimiento observado} \times 100.$$

Cabe destacar, que un plan de mejoras se considera cumplido, si éste presenta un porcentaje de cumplimiento mayor o igual al 70%. En aquellos prestadores en los que no se aprueba el plan de mejora propuesto, se solicita un segundo plan, el cual nuevamente es fiscalizado por la Unidad de Fiscalización en Calidad, en las mismas condiciones descritas anteriormente. En este último caso, para efectos de la categorización del cumplimiento del plan de mejoras propuesto por el prestador, solo se considera el primer plan de mejoras presentado.

RESULTADOS GENERALES:

De los 168 prestadores fiscalizados en la materia de Mantención del Estándar de Acreditación durante el periodo en estudio, sólo 4 de ellos cumplieron con el umbral mínimo exigido por el estándar correspondiente, en todas las características fiscalizadas, éstos son:

- Scanner Sur, 2013.
- Integramédica Estación Central, 2014
- Clínica Avansalud, 2015
- Diálisis Vespucio, 2017

Al resto de los prestadores, se les solicitó en su oportunidad un plan de mejoras para las características incumplidas.

El cumplimiento del plan de mejoras por prestador es el siguiente:

Región	Prestador institucional	Estándar de Acreditación	% Cumplimiento
15	Clínica San José de Arica	Cerrada	100%
15	Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani	Cerrada	100%
14	Hospital Base Valdivia	Cerrada	100%
13	Psicomédica Limitada	Abierta	100%
13	Hospital Clínico Mutual de Seguridad CCHC	Cerrada	100%
13	Hospital del Profesor	Cerrada	100%
13	Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile	Cerrada	100%
13	Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez	Cerrada	100%
13	Centro Oftalmológico Láser CEOLA S.A.	Abierta	100%
13	Policlínico Médico Dental Gran Avenida	Abierta	100%
13	Policlínico Médico y Dental Megasalud Padre Hurtado	Abierta	100%
13	Hospital Josefina Martínez	Cerrada	100%
13	Centro Diálisis Hekaine Limitada	Diálisis	100%
13	Clínica Dávila	Cerrada	100%
13	Clínica Universidad Católica	Cerrada	100%
13	Centro Oftalmológico Providencia	Abierta	100%
13	Clínica Las Condes	Cerrada	100%
13	Hospital Barros Luco Trudeau	Cerrada	100%
13	Centro de Rehabilitación Sargento Segundo Cantinera Irene Morales	Cerrada	100%
13	Hospital Talagante	Cerrada	100%
13	Hospital y CRS El Pino	Cerrada	100%
13	Clínica Familia	Cerrada	100%
13	Instituto Oftalmológico Profesor Arentsen S.A.	Abierta	100%
13	Centro de Salud Familiar Dr. Anibal Ariztía	Abierta	100%
13	Centro de Salud Familiar Apoquindo	Abierta	100%
13	Centro Médico Irrazaval	Abierta	100%
13	Hospital San Juan de Dios de Santiago	Cerrada	100%
13	Centro Médico y Dental Vidaintegra San Miguel	Abierta	100%
13	Hospital del Trabajador	Cerrada	100%
13	Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo	Cerrada	100%
13	Clínica Bicentenario	Cerrada	100%
13	Corporación de Ayuda al Dializado de la Provincia de Maipo	Diálisis	100%
13	Centro de Diálisis Departamental Limitada	Diálisis	100%
13	Clínica Los Tiempos	Psiquiátrica Cerrada	100%
13	Clínica Vespucio	Cerrada	100%
13	Centro Mutual de Seguridad C.CH.C. de La Florida	Abierta	100%
13	Hospital Clínico San Borja Arriarán	Cerrada	100%
13	Clínica Santa María	Cerrada	100%
13	Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna	Cerrada	100%
13	Centro de Estudios Reproductivos	Abierta	100%
13	Fundación Oftalmológica Los Andes	Abierta	100%

Región	Prestador institucional	Estándar de Acreditación	% Cumplimiento
13	Centro Médico San Agustín	Abierta	100%
13	Hospital Dr. Exequiel González Cortés	Cerrada	100%
13	Clínica Colonial	Cerrada	100%
13	Complejo Centro de Salud Familiar Salvador Bustos y Centro de Urgencia Ñuñoa	Abierta	100%
13	Centro de Salud Familiar Dr. Félix de Amesti	Abierta	100%
13	Centro Médico y Dental Vidaintegra Quilicura	Abierta	100%
13	Integramédica Barcelona	Abierta	100%
13	Hospital San Juan de Dios de Santiago	Cerrada	100%
13	Clínica Alemana	Cerrada	100%
13	Hospital de Niños Roberto del Río	Cerrada	100%
13	Clínica Indisa	Cerrada	100%
13	Centro de Diálisis Nefrodiálisis San Lucas Ltda.	Diálisis	100%
13	Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak	Psiquiátrica Cerrada	100%
13	Clínica San Carlos de Apoquindo	Cerrada	100%
13	Hospital del Salvador	Cerrada	100%
13	Hospital de Urgencia Asistencia Pública	Cerrada	100%
13	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Cerrada	100%
13	Clínica Tabancura	Cerrada	100%
13	Instituto Nacional del Tórax	Cerrada	100%
13	Hospital del Profesor	Cerrada	100%
13	Instituto Nacional del Cáncer	Cerrada	100%
13	Hospital Clínico de La Universidad de Chile Dr. José Joaquín Aguirre	Cerrada	100%
13	Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada	Cerrada	100%
12	Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria	Cerrada	100%
10	Hospital Base Valdivia	Cerrada	100%
10	Hospital Base San José de Osorno	Cerrada	100%
10	Clínica Universitaria de Puerto Montt	Cerrada	100%
10	Clínica Puerto Montt	Cerrada	100%
10	Hospital de Castro	Cerrada	100%
9	Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena	Cerrada	100%
9	Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena	Cerrada	100%
9	Hospital San José de Victoria	Cerrada	100%
9	Hospital Dr. Mauricio Heyerman de Angol	Cerrada	100%
8	Clínica de Atención Ambulatoria Mutua de Seguridad C.CH.C. Concepción	Abierta	100%
8	Centro de Salud Familiar Juan Soto Fernández	Abierta	100%
8	Centro de Salud Familiar Lorenzo Arenas	Abierta	100%
8	Hospital San José de Coronel	Cerrada	100%
8	Hospital Clínico Herminda Martin	Cerrada	100%
8	Centro de Diálisis Renacer	Diálisis	100%
8	Hospital Clínico del Sur	Cerrada	100%
8	Hospital Penco Lirquén	Cerrada	100%
8	Hospital Las Higueras	Cerrada	100%
8	Clínica Universitaria de Concepción	Cerrada	100%
8	Centro Médico Integramédica Bío Bío	Abierta	100%
8	Hospital San José de Coronel	Cerrada	100%
8	Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela	Cerrada	100%
8	Clínica Mayor	Cerrada	100%
8	Complejo Asistencial Dr. Víctor Rios Ruiz de Los Angeles	Cerrada	100%
8	Clínica Chillán	Cerrada	100%
7	Hospital San Carlos	Cerrada	100%
7	Hospital de Linares Carlos Ibáñez del Campo	Cerrada	100%
7	Hospital San Juan De Dios de Curicó	Cerrada	100%
6	Clínica Isamédica	Cerrada	100%
6	Hospital Regional de Rancagua	Cerrada	100%
5	Hospital San Juan de Dios de Los Andes	Cerrada	100%
5	Centro Renal Viña del Mar	Diálisis	100%
5	Clínica Río Blanco	Cerrada	100%
5	Clínica Ciudad del Mar	Cerrada	100%

Región	Prestador institucional	Estándar de Acreditación	% Cumplimiento
5	Hospital de Quilpué	Cerrada	100%
5	Hospital Clínico Viña del Mar	Cerrada	100%
5	Hospital Dr. Gustavo Fricke	Cerrada	100%
5	Hospital Modular San Antonio de Putaendo	Cerrada	100%
5	Centro de Rehabilitación Capredena Limache	Cerrada	100%
5	Centro de Diálisis Sermedial Viña del Mar	Diálisis	100%
5	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez	Cerrada	100%
5	Hospital Claudio Vicuña	Cerrada	100%
5	Clínica Reñaca	Cerrada	100%
5	Centro de Diálisis Hemoval	Diálisis	100%
5	Centro Renal Villa Alemana	Diálisis	100%
5	Hospital Carlos Van Buren	Cerrada	100%
5	Hospital San Juan de Dios de Los Andes	Cerrada	100%
5	Centro Renal Viña Del Mar	Diálisis	100%
5	Centro de Diálisis Sermedial de Valparaíso	Diálisis	100%
5	Hospital San Martín de Quillota	Cerrada	100%
5	Clínica Los Carrera	Cerrada	100%
4	Centro Médico Integramédica La Serena S.A.	Abierta	100%
4	Hospital San Juan de Dios de La Serena	Cerrada	100%
4	Clínica Regional del Elqui	Cerrada	100%
4	Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas	Cerrada	100%
3	Clínica Atacama	Cerrada	100%
3	Hospital Regional de Copiapó San José Del Carmen	Cerrada	100%
2	Clínica La Portada	Cerrada	100%
2	Clínica Antofagasta	Cerrada	100%
2	Hospital del Cobre Dr. Salvador Allende Gossens	Cerrada	100%
2	Hospital Militar del Norte	Cerrada	100%
13	Hospital Padre Alberto Hurtado	Cerrada	94%
8	Hospital de Tomé	Cerrada	94%
13	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	Cerrada	92%
7	Hospital Regional de Talca Dr. César Garavagno Burotto	Cerrada	90%
2	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta	Cerrada	89%
13	Policlínico Integramédica Manquehue	Abierta	88%
13	Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse	Cerrada	88%
7	Clínica Regional Lircay	Cerrada	88%
13	Clínica Los Coihues	Cerrada	87%
13	Policlínico Médico Dental Integramédica Alto Las Condes	Abierta	86%
13	Instituto Nacional de Geriátrica	Cerrada	86%
13	Instituto Nacional De Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda	Cerrada	86%
13	Hospital San José de Melipilla	Cerrada	86%
6	Hospital Clínico de la Fundación de Salud El Teniente	Cerrada	86%
13	Hospital Padre Alberto Hurtado	Cerrada	83%
13	Hospital San José	Cerrada	83%
13	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza	Cerrada	83%
10	Hospital Dr. Juan Hepp de Purranque	Cerrada	83%
8	Hospital Traumatológico de Concepción	Cerrada	83%
8	Clínica Los Andes	Cerrada	80%
10	Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder	Cerrada	79%
5	Hospital Dr. Gustavo Fricke	Cerrada	79%
4	Hospital San Pablo de Coquimbo	Cerrada	76%
13	Integramédica Sucursal Florida Salud	Abierta	75%
13	Hospital Parroquial de San Bernardo	Cerrada	75%
11	Hospital Regional de Coyhaique	Cerrada	75%
8	Clínica Bío Bío S.A.	Cerrada	75%
6	Clínica Salud Integral	Cerrada	75%
6	Hospital San Juan de Dios de San Fernando	Cerrada	75%
13	SIEM Limitada	Esterilización	73%
12	Clínica Magallanes	Cerrada	71%
14	Clínica Alemana de Valdivia	Cerrada	69%
13	Centro de Diálisis Saint Joseph	Diálisis	67%
5	Hospital San Camilo	Cerrada	67%

Región	Prestador institucional	Estándar de Acreditación	% Cumplimiento
12	Clínica Magallanes	Cerrada	62%
13	Hospital Clínico Mutual de Seguridad CCHC	Cerrada	50%
6	Diálisis A Y R Médicos	Diálisis	0%
5	Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar	Cerrada	0%

En la tabla se puede observar que de los 164 prestadores en los que se solicita un plan de mejoras, el 96% (157) lo aprueba. Respecto al porcentaje de cumplimiento del plan de mejoras, 126 prestadores lo aprobaron con un 100% de cumplimiento; 4 prestadores presentaron un cumplimiento entre el 90% y 99%; 16 prestadores, entre un 80y 89% y 11 prestadores, un cumplimiento entre el 70 y79%.

El alto porcentaje de cumplimiento del plan de mejoras, se fundamenta principalmente, en la metodología utilizada al realizar la fiscalización de la mantención del estándar de acreditación, ya que durante el terreno de dicha fiscalización en la visita al prestador, se trabaja directamente con cada uno de los referentes de los puntos de verificación involucrados en las características fiscalizadas, donde se va demostrando detalladamente al prestador los incumplimientos encontrados en cada característica evaluada y los motivos fundados de estos incumplimientos, además, se entregan sugerencias específicas y explícitas directamente a los funcionarios responsables, las que van enfocadas a las mejoras que deben realizar a fin de subsanar los incumplimientos pesquisados.

En los 7 prestadores que no cumplieron con el umbral mínimo aceptable para el plan de mejoras, por lo que, tal como se mencionó con anterioridad se les solicitó un segundo plan de mejoras, en este caso, específicamente para aquellos elementos medibles en que no se reportaron acciones de mejoras o bien las acciones presentadas no eran pertinentes para subsanar los incumplimientos notificados. Cabe mencionar que, en el segundo plan de mejoras presentado por estos prestadores, se subsanaron todos los incumplimientos representados.

La fiscalización del plan de mejoras de los prestadores que presentaron un cumplimiento menor al 70%, corresponde a los siguientes años:

1. Clínica Alemana de Valdivia, 2017
2. Centro de Diálisis Saint Joseph, 2015
3. Hospital San Camilo, 2014
4. Clínica Magallanes, 2017
5. Hospital Clínico Mutual de Seguridad CCHC, 2017
6. Diálisis A Y R Médicos, 2015
7. Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar, 2016

EJEMPLOS DE FISCALIZACIÓN DEL PLAN DE MEJORAS CUMPLIDA AL 100%

EJEMPLO 1

CARACTERÍSTICA CAL 1.1 - OBLIGATORIA: Existe una política explícita continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Segundo elemento medible: El prestador ha designado a un profesional a cargo del programa de calidad, sin embargo, el documento que describe las funciones no se encuentra vigente al momento de la fiscalización.</p>	<p>1. Actualizar documento de profesional designado de la mejora continua de la calidad de atención en CHP (funciones y horas asignadas).</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> Noviembre de 2017</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el documento actualizado para CAL 1.1- 2º EM, de acuerdo a la medida de mejora propuesta.</p>
<p>Tercer elemento medible: El prestador cuenta con un programa de calidad para el año 2016 y 2017. En ambos programas, no se explicita el sistema de evaluación anual que utilizará el prestador para evaluar el cumplimiento del citado programa.</p>	<p>2. Actualizar el programa de calidad 2017, explicitando el sistema de evaluación anual que se va a utilizar para evaluar el cumplimiento del programa de calidad.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> Noviembre de 2017</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el documento actualizado para CAL 1.1- 3º EM, de acuerdo a la medida de mejora propuesta.</p>
<p>Cuarto elemento medible: El informe de evaluación del programa de calidad, no presenta un análisis de los resultados obtenidos. Lo anterior, derivado de que el programa de calidad no explicita cual será el sistema de evaluación de éste.</p>	<p>Misma medida presentada para el 3º elemento medible.</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el informe de evaluación del programa de calidad 2017, con el análisis de los resultados obtenidos.</p>

CARACTERÍSTICA GCL 1.11 - OBLIGATORIA: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Primer elemento medible: El prestador, cuenta con dos documentos de carácter institucional donde se describen los procedimientos de registro, rotulación y recepción de biopsias y de PAP; y ha definido los responsables de su aplicación. Estos documentos no describen el procedimiento de traslado de muestras, sino que señalan que tal procedimiento se encuentra descrito en el Manual de Bioseguridad, no obstante, este manual corresponde al Manual de Bioseguridad del Laboratorio Clínico, por lo que no hace referencia al traslado de muestras de biopsias ni PAP.</p>	<p>1. Incorporar al documento el procedimiento de traslado de muestras de biopsias y PAP.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> Noviembre de 2017</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el documento actualizado para GCL 1.11, de acuerdo a la medida de mejora propuesta.</p>
<p>Segundo elemento medible:</p>	<p>2. Reunión con BIODRED y Jefe de Informática de CHP, para evaluar</p>	

<p>No es posible constatar la trazabilidad de todas las biopsias seleccionadas, toda vez que, en PQ Central y PQ GO, no se encontraron los informes de resultado en las fichas clínicas electrónicas de los pacientes.</p>	<p>mejoría de la interface entre BIORED-RCE.</p> <ol style="list-style-type: none"> Incorporar a los informes de biopsias la fecha de emisión del informe. Realizar ejercicio de trazabilidad de biopsias, que demuestre el correcto funcionamiento de la interface entre BIORED-CHP. <p><u>Plazo propuesto:</u> Diciembre de 2017</p>	<p>Aprueba las medidas de mejoras propuestas por el Prestador.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

CARACTERÍSTICA GCL 1.12 - OBLIGATORIA: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación de paciente.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Cuarto elemento medible: Se constata que los brazaletes de identificación de los pacientes, no cuentan con toda la información establecida en el protocolo institucional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Revisar el documento GCL 1.12, para redefinir los datos que debe contener el brazaletes de identificación. <p><u>Plazo propuesto:</u> Diciembre de 2017</p> <ol style="list-style-type: none"> Prevalencia de identificación de pacientes con protocolo actualizado. <p><u>Plazo propuesto:</u> Febrero de 2018</p>	<p>Aprueba las medidas de mejoras propuestas por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el documento actualizado para GCL 1.12, de acuerdo a la medida de mejora propuesta.</p>

CARACTERÍSTICA AOC 1.3 - OBLIGATORIA: Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Primer elemento medible En Anatomía Patológica, existen dos documentos, uno que describe el procedimiento de notificación de biopsias con resultados críticos, y otro, en el que se describe el procedimiento para los PAP con resultado críticos. En ambos documentos se establece el tiempo que tiene el laboratorio externo para notificar al médico tratante y no el tiempo que tiene el prestador para notificar al paciente desde que se recepciona el informe.</p>	<p>Punto de verificación Anatomía Patológica:</p> <ol style="list-style-type: none"> Actualización del documento incorporando el plazo de notificación de resultados críticos al paciente desde que se recepciona el informe. Unificar en un solo documento las biopsias y PAP. <p><u>Plazo propuesto:</u> Noviembre de 2017</p>	<p>Aprueba las medidas de mejoras propuestas por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el documento actualizado para AOC 1.3, de acuerdo a la medida de mejora propuesta.</p>
<p>Tercer elemento medible En Anatomía Patológica, no se ha definido el plazo que tiene el prestador para notificar al paciente. En Imagenología, el prestador realiza evaluación periódica, sin embargo, en esta no se puede establecer que la totalidad de pacientes atendidos con resultados críticos, estén incorporados en el denominador del indicador, porque no se tiene acceso a la totalidad de resultados de imagenología. Por otra parte, en la revisión de los resultados no hubo coincidencia entre los resultados presentados por el prestador y los de la fiscalización.</p>	<p>Punto de verificación Anatomía Patológica: Misma medida propuesta para el 1° elemento medible.</p> <p>Punto de verificación Imagenología:</p> <ol style="list-style-type: none"> Reunión para evaluar cambio de sistema computacional que permita tener acceso a la fuente primaria. <p><u>Plazo propuesto:</u> Diciembre de 2017</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p>

<p>Cuarto elemento medible: En Laboratorio, se constata que no todos los exámenes que tienen como resultado un valor crítico, son notificados de acuerdo a lo definido por el prestador.</p> <p>En Anatomía Patológica, no es posible constatar el registro de la notificación oportuna, toda vez que, el prestador no tiene definido los plazos de notificación en el documento institucional.</p>	<p>Punto de verificación Laboratorio: 4. Revisión y cambio de metodología de medición del indicador, con selección alternada aleatoria de exámenes críticos. 5. Sistematización de revisión de alarmas de exámenes críticos. 6. Restricción de perfiles en sistema Medisyn a TM Coordinador, para disminuir riesgo de cambios en las alarmas.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> Diciembre de 2017</p> <p>Punto de verificación Anatomía Patológica: Misma medida propuesta para el 1° elemento medible.</p>	<p>Aprueba las medidas de mejoras propuestas por el Prestador.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

CARACTERÍSTICA REG 1.1 - OBLIGATORIA: El prestador institucional cuenta con ficha clínica única e individual.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Segundo elemento medible No es posible constatar la existencia de ficha clínica única en el prestador, ya que se verificó la existencia de más de un registro clínico electrónico (RCE) para un mismo paciente. El acceso a la integralidad de los datos no es posible para todos los profesionales, lo que fue constatado en el Servicio de Urgencia; y porque, la totalidad de los registros de hospitalización no se encontraron digitalizados, lo que se detectó en la revisión de fichas clínicas de la característica, GCL 1.1, al no encontrar registro de evaluación pre anestésica en algunos pacientes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar unificación de ficha clínica masiva. 2. Revisión diaria en pesquisa de fichas duplicadas. 3. Reunión para analizar problema del Sistema Medisyn que provoca duplicidad de ficha clínica. 4. Confeccionar y difundir instructivo "Formulario para notificar duplicidades". 5. Solicitar revisión de perfiles de acceso al RCE a todos los profesionales de CHP 6. Supervisar el cumplimiento de uso correcto de formulario "Documento que debe contener la FC desde el servicio clínico a archivo". 7. Supervisar procedimiento de digitalización según norma. <p><u>Plazo propuesto:</u> Diciembre de 2017</p>	<p>Aprueba las medidas de mejoras propuestas por el Prestador.</p>

CARACTERÍSTICA EQ 2.1 - OBLIGATORIA: Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los Pacientes.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Segundo elemento medible El prestador presenta un programa vigente, que no incluye la periodicidad del mantenimiento de los equipos críticos ni las actividades a realizar, así como lo describe el programa anterior.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar el documento para incluir en el programa de mantenimiento preventivo de equipos críticos la periodicidad del mantenimiento de los equipos críticos y las actividades a realizar. <p><u>Plazo propuesto:</u> Noviembre de 2017</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el programa para EQ 2.1, de acuerdo a las medidas de mejoras propuestas.</p>
<p>Tercer elemento medible: Se constata que el prestador ha realizado el mantenimiento preventivo de sus equipos críticos, lo que fue constatado con el programa anterior al vigente. No obstante, en el caso de los ventiladores fijos, las actividades realizadas no son todas las definidas por el prestador en el programa de</p>	<p>Punto de verificación Equipamiento: 2. Revisar pautas de mantención de equipos críticos y establecer sistema de chequeo de actividades realizadas en el mantenimiento preventivo para que coincidan con las descritas en el documento.</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p>

mantenimiento anterior, con el que fue constatado en la fiscalización.	<u>Plazo propuesto:</u> Noviembre de 2017.	
------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	--

CARACTERÍSTICA APA 1.2 - OBLIGATORIA: El Servicio de Anatomía Patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de la etapa pre-analítica.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Primer elemento medible: El prestador cuenta con documentos de elaboración propia en colaboración con el prestador externo, que incluyen los atributos solicitados, excepto los datos mínimos que debe contener la solicitud de estudios anatómo patológicos en el caso de los PAP.</p>	<p>1. Revisión de documento para incluir los datos mínimos que debe contener la solicitud de estudio Anatómo patológico para el PAP.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> Diciembre de 2017</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar los documentos que respaldan las mejoras propuestas para APA 1.2.</p>
<p>Tercer elemento medible: No es posible constatar la medición periódica, toda vez que, no se tiene acceso a la fuente primaria, dado que la evaluación se realiza en el prestador externo.</p>	<p>2. Formulación de nuevo indicador medido en CHP.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> Diciembre de 2017</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar la ficha del nuevo indicador definido.</p>

CARACTERÍSTICA API 1.2 - OBLIGATORIA: Los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgo para los pacientes se realizan en condiciones seguras.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Primer elemento medible El prestador no cuenta con un documento donde se describe el protocolo de sedación, que de acuerdo a los entrevistados, es la práctica más usada. Adicionalmente, el prestador presenta documento para prevenir eventos adversos asociados al uso de medio de contraste endovenoso, pero no incluye todos los exámenes que realiza el prestador y que requieren de dicha técnica. Tampoco cuenta con un procedimiento para prevenir eventos adversos asociados a sedación y/o anestesia.</p>	<p>1. Elaboración de documento que incorpora anestesia y sedación para procedimientos imagenológicos. 2. Elaboración de documento de prevención de eventos adversos asociados a contraste EV, que incluya todos los exámenes imagenológicos. 3. Elaboración de documento de prevención de eventos adversos asociados a sedación y/o anestesia.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> Diciembre de 2017</p>	<p>Aprueba las medidas de mejoras propuestas por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar los documentos para API 1.2, de acuerdo a las medidas de mejora propuestas.</p>
<p>Tercer elemento medible No fue posible determinar cuáles son los pacientes con riesgo que el prestador incluye en la medición. No se tuvo acceso a fuentes primarias que permitieron constatar los casos en que se considera de riesgo. Además, el prestador no presenta evaluación periódica del indicador definido en Imagenología del Servicio de Urgencia.</p>	<p>4. Reunión de análisis de factibilidad del cambio del sistema computacional en el Servicio de Imagenología al RIS PAC de AGFA, que permita tener acceso a la fuente primaria.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> Diciembre de 2017</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p>

EJEMPLO 2

CARACTERÍSTICA CAL 1.2 - OBLIGATORIA: Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades y se definen metas de Calidad anuales en dichas unidades.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Segundo Elemento medible: Las metas de calidad relacionadas con la seguridad de los pacientes, en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo, no encuentran formuladas como lo instruye la Circular IP N°11, del 2011, es decir, metas coherentes con los objetivos del programa de calidad institucional, claramente formuladas y medibles; con un valor alcanzable y con un plazo definido.</p>	<p>En relación al elemento medible N°2, se formulan las metas de calidad de acuerdo como lo instruye la Circular IP N° 11 del año 2011, es decir, metas de calidad coherentes con los objetivos del programa de calidad en los siguientes puntos de verificación: PQ, UPC adulto, UPC neo, Medicina, Pediatría, Cirugía Adulto, Cirugía infantil, Neonatología, Obstetricia y Ginecología, Urgencia, Farmacia, Esterilización, Imagenología.</p> <p><u>Responsables:</u> Enfermera de Calidad; Comité de Calidad; Supervisoras Clínicas según punto de verificación.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de marzo de 2018</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el documento actualizado para CAL 1.2, de acuerdo a las medidas de mejoras propuestas.</p>

CARACTERÍSTICA GCL 1.5 - OBLIGATORIA: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Primer elemento medible: En el documento presentado por el prestador "CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO UTI ADULTO", se describen los criterios de egreso de un paciente a Sala de Cuidados Básicos, pero el protocolo no considera el traslado de un paciente hacia una Unidad de mayor complejidad.</p>	<p>Se modificará el documento relacionado con los criterios de egreso de UTI Adulto de acuerdo a lo señalado en el informe SIS considerando ítem de egreso: "Unidad de mayor complejidad". Se revisarán resto de documentos, para validaciones y confección de nuevas versiones.</p> <p><u>Responsables:</u> Enfermera de Calidad; Comité de Calidad; Supervisoras Unidades Críticas; Médico Jefe Unidad Crítica</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de marzo de 2018</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el documento actualizado para GCL 1.5, de acuerdo a la medida de mejora propuesta</p>

CARACTERÍSTICA GCL 3.2 - OBLIGATORIA: El prestador institucional cuenta con un sistema de vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) que cumple con la normativa nacional.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Primer elemento medible: En el documento exhibido por el prestador, no se explicitan todas las IAAS que deberían ser vigiladas según la normativa MINSAL. Falta incorporar la "Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central en adultos con Nutrición Parenteral en UPC".</p>	<p>1. Se actualizará manual de vigilancia IAAS, considerando todas las observaciones emanadas del informe SIS. Elemento medible N°1, 2 y 3 respectivamente. En manual de vigilancia se incorporará explícitamente todas las IAAS según norma MINSAL, agregando además las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a CVC en adultos con nutrición parenteral.</p> <p><u>Responsables:</u> (Para todas las medidas, 1°, 2° y 3° EM) Enfermera de Calidad; Comité de IAAS; Enfermera IAAS; Médico IAAS</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de marzo de 2018</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el documento actualizado para GCL 3.2, de acuerdo a las medidas de mejoras propuestas.</p>

<p>Segundo elemento medible: No incluye el indicador para la IAAS local IHO por cirugías de Hernia Núcleo Pulposo, que se vigila desde septiembre 2017.</p>	<p>2. Se incluirá también indicador de IHO por cirugía de hernia al núcleo pulposo.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de marzo de 2018</p>	
<p>Tercer elemento medible: No es posible constatar que se realiza la vigilancia activa de las IAAS a través de las tres visitas a las UPC y Salas de Cuidados Básicos, según lo definido en protocolo institucional, toda vez que la Enfermera de IAAS no tiene como documentar la vigilancia activa.</p>	<p>3. Se implementará sistema de vigilancia activa de enfermera IAAS según definición de protocolo.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de marzo de 2018</p>	

CARACTERÍSTICA AOC 1.3 - OBLIGATORIA: Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Primer Elemento medible: En los protocolos presentados para APA, API y APL, en los procedimientos de notificación no se definen la totalidad de los tiempos desde que el paciente se toma el examen hasta que se le informa del resultado crítico en forma oportuna a través de un profesional de la salud.</p>	<p>1. Se corregirán los documentos de Laboratorio, Anatomía Patológica e Imagenología, en relación a los procedimientos de notificación, incorporando el tiempo desde que el paciente se toma el examen hasta que la muestra se envía al respectivo informe de validación.</p> <p><u>Responsables:</u> Enfermera de Calidad; Comité de Calidad; Supervisor de Imagenología; Gerente de Salud/ DM.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de marzo de 2018</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar los documentos actualizados para AOC 1.3, de acuerdo a las medidas de mejoras propuestas</p>
<p>Tercer elemento medible: En APA, se realiza evaluación periódica del indicador definido, pero en esta el prestador no mide lo que dice que va a medir, al incorporar en los exámenes notificados oportunamente, aquellos que se notifican en un plazo mayor al establecido por protocolo institucional.</p>		<p>Observación: La medición del indicador debe ser de acuerdo a lo definido.</p>
<p>Cuarto elemento medible: No es posible constatar el registro de notificaciones realizadas en Laboratorio, APA e Imagenología, porque no es posible acceder a la totalidad de los exámenes realizados.</p>	<p>2. Definir un sistema para acceder a la totalidad de los exámenes realizados en Laboratorio, Anatomía Patológica e Imagenología con sistemas propios y empresas en convenio.</p> <p>3. Evaluar con proveedor de compra externa el acceder a software con la completitud de casos.</p> <p><u>Responsables:</u> Enfermera de Calidad; Comité de Calidad; Supervisor de Imagenología; Gerente de Salud/ DM</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de marzo de 2018</p>	<p>Aprueba las medidas de mejoras propuestas por el Prestador.</p>

CARACTERÍSTICA REG 1.1 - OBLIGATORIA: El prestador institucional cuenta con ficha clínica única e individual.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Segundo elemento medible: No todos los profesionales realizan el registro de sus atenciones en el soporte de ficha correspondiente, para permitir que todos los funcionarios que atienden al paciente accedan a la integridad de la ficha clínica. Adicionalmente, se constata que en el Servicio de Urgencia, no todos los profesionales saben que pueden vincular las atenciones dentales de un paciente y en Dental y Box de curaciones, el acceso a la ficha electrónica se realiza con clave y contraseña compartida.</p>	<p>1. Se modificará documento incorporando el desarrollo de ficha electrónica en UPC y Dental, vinculando por área.</p> <p>2. Se realizará capacitación por áreas a profesionales médicos y no médicos para vinculación de ficha clínica, se realizará levantamiento de usuarios y contraseñas gestionando necesidades detectadas.</p> <p><u>Responsable:</u> Enfermera de Calidad; Comité de Calidad; Supervisoras Clínicas.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de marzo de 2018</p>	<p>Aprueba la medida de mejora propuesta por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el documento para REG 1.1, modificado de acuerdo a las medidas de mejoras propuestas.</p>

CARACTERÍSTICA INS 1.1 - OBLIGATORIA: El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

Incumplimiento	Propuesta de Mejora	Revisión y Análisis IP
<p>Segundo elemento medible: El prestador, presenta un documento que describe el plan institucional de prevención de incendios, que no se encuentra actualizado, porque no incorpora todas las dependencias de la Clínica constatadas al momento de la fiscalización.</p>	<p>1. Se actualizará documento institucional que incorpora dependencias nuevas de la institución.</p> <p><u>Responsables:</u> (Para los 2 EM) Enfermera de Calidad; Comité de Calidad; Asesor de Prevención de Riesgo; Encargado de mantención general</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de marzo de 2018</p>	<p>Aprueba las medidas de mejoras propuestas por el Prestador.</p> <p>Instrucción IP: El prestador debe enviar el documento para INS 1.1, modificado de acuerdo a las medidas de mejoras propuestas.</p>
<p>Quinto elemento medible: No se constatan extintores con recarga vigente en todas las dependencias de la Clínica.</p>	<p>2. Se realizará verificación de las cargas vigentes de todos los extintores a nivel clínica, junto con la actualización del listado con inventarios designados y ubicación de los mismos.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de marzo de 2018</p>	

10. ANEXOS

ANEXO N°1

Detalle del total de características cumplidas en los prestadores institucionales fiscalizados en mantención del estándar de acreditación /Enero 2014 - diciembre 2017

Región	Prestador institucional	Fecha Notificación Fiscalización	N° Caract. fiscalizadas	N° Caract. Cumplidas	% cumpl.
12	Scanner Sur Limitada	18-12-2013	10	10	100%
13	Integramédica Estación Central	26-02-2014	7	7	100%
13	Clínica Avansalud	26-02-2015	10	10	100%
13	Centro de Diálisis Vespucio	31-08-2017	9	9	100%
13	Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile	15-05-2014	16	15	94%
13	Clínica Dávila	13-08-2014	14	13	93%
5	Clínica Río Blanco	08-10-2014	13	12	92%
9	Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena	01-10-2014	12	11	92%
8	Clínica Chillán	31-08-2017	10	9	90%
5	Centro Renal Viña Del Mar	25-10-2017	9	8	89%
13	Clínica Universidad Católica	12-09-2014	22	19	86%
8	Hospital Penco Lirquén	31-03-2016	14	12	86%
13	Psicomédica Limitada	27-02-2014	7	6	86%
13	Centro de Salud Familiar Apoquindo	26-01-2015	7	6	86%
6	Clínica Isamédica	23-11-2015	12	10	83%
13	Centro Oftalmológico Láser CEOLA S.A.	20-05-2014	6	5	83%
13	Policlínico Médico Dental Gran Avenida	04-06-2014	6	5	83%
13	Policlínico Médico y Dental Megasalud Padre Hurtado	04-06-2014	6	5	83%
13	Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna	19-11-2015	12	10	83%
4	Centro Médico Integramédica La Serena S.A.	31-08-2015	11	9	82%
5	Centro Renal Villa Alemana	17-07-2017	11	9	82%
8	Centro Médico Integramédica Bío Bío	28-07-2016	11	9	82%
13	Hospital del Profesor	09-05-2014	16	13	81%
5	Hospital Modular San Antonio de Putaendo	21-10-2015	10	8	80%
8	Hospital Clínico del Sur	26-02-2016	10	8	80%
10	Hospital de Castro	26-10-2017	10	8	80%
13	Hospital Josefina Martínez	15-07-2014	10	8	80%
13	Hospital del Trabajador	14-05-2015	10	8	80%
13	Hospital del Salvador	31-05-2017	10	8	80%
13	Hospital Clínico de La Universidad de Chile Dr. José Joaquín Aguirre	30-11-2017	10	8	80%
5	Hospital San Camilo	03-09-2014	14	11	79%
5	Centro de Diálisis Sermedial de Valparaíso	14-11-2017	9	7	78%
8	Hospital de Tomé	02-09-2014	18	14	78%
5	Hospital San Juan de Dios de Los Andes	07-03-2014	13	10	77%
7	Hospital de Linares Carlos Ibáñez del Campo	27-05-2016	12	9	75%
13	Hospital Clínico Mutual de Seguridad CCHC	29-04-2014	16	12	75%
13	Clínica Santa María	17-11-2015	12	9	75%
13	Centro de Estudios Reproductivos	23-11-2015	8	6	75%
13	Centro de Diálisis Nefrodiálisis San Lucas Ltda.	28-04-2017	12	9	75%
8	Clínica Los Andes	31-10-2017	11	8	73%
14	Hospital Base Valdivia	08-10-2014	18	13	72%
5	Centro Renal Viña del Mar	18-03-2014	7	5	71%
13	Centro de Diálisis Saint Joseph	08-09-2015	14	10	71%
4	Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús	17-05-2017	10	7	70%
5	Centro de Rehabilitación Capredena Limache	16-02-2016	10	7	70%
6	Hospital San Juan de Dios de San Fernando	24-02-2017	10	7	70%
6	Hospital Clínico de la Fundación de Salud El Teniente	01-08-2017	10	7	70%
8	Centro de Salud Familiar Lorenzo Arenas	04-02-2015	10	7	70%
11	Hospital Regional de Coyhaique	24-05-2017	10	7	70%

Región	Prestador institucional	Fecha Notificación Fiscalización	N° Caract. fiscalizadas	N° Caract. Cumplidas	% cumpl.
13	Centro Médico y Dental Vidaintegra San Miguel	05-03-2015	10	7	70%
13	Clínica Bicentenario	23-07-2015	10	7	70%
13	Clínica Vespucio	30-09-2015	10	7	70%
13	Hospital Clínico Mutual de Seguridad CCHC	07-08-2017	10	7	70%
13	Hospital Clínico San Borja Arriarán	30-10-2015	13	9	69%
13	Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez	30-05-2014	16	11	69%
2	Clínica La Portada	08-10-2014	12	8	67%
4	Hospital San Juan de Dios de La Serena	25-01-2017	12	8	67%
5	Centro de Diálisis Hemoval	30-06-2017	9	6	67%
8	Hospital San José de Coronel	20-04-2015	9	6	67%
10	Hospital Dr. Juan Hepp de Purranque	03-02-2015	12	8	67%
13	Integramédica Sucursal Florida Salud	20-02-2014	6	4	67%
13	Centro de Rehabilitación Sargento Segundo Cantinera Irene Morales	05-11-2014	9	6	67%
13	Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo	29-05-2015	12	8	67%
13	Corporación de Ayuda al Dializado de la Provincia de Maipo	31-07-2015	12	8	67%
13	Hospital Padre Alberto Hurtado	30-12-2016	12	8	67%
13	Clínica Alemana	11-01-2017	12	8	67%
13	Hospital Barros Luco Trudeau	23-10-2014	17	11	65%
13	Centro de Diálisis Departamental Limitada	10-09-2015	14	9	64%
8	Hospital San José de Coronel	28-11-2016	11	7	64%
13	Centro Médico Irrazaval	26-01-2015	11	7	64%
13	Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse	28-04-2015	11	7	64%
13	Centro Mutual de Seguridad C.CH.C. de La Florida	30-09-2018	8	5	63%
7	Hospital San Carlos	27-04-2015	13	8	62%
8	Hospital Clínico Herminda Martin	26-10-2015	13	8	62%
13	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Insunza	07-12-2017	13	8	62%
3	Hospital Regional de Copiapó San José Del Carmen	29-09-2017	10	6	60%
5	Clínica Reñaca	17-05-2017	10	6	60%
8	Centro de Salud Familiar Juan Soto Fernández	18-12-2014	10	6	60%
13	Clínica Las Condes	29-10-2014	15	9	60%
13	Clínica Familia	16-12-2014	10	6	60%
13	Centro de Salud Familiar Dr. Anibal Ariztía	23-01-2015	10	6	60%
13	Instituto Nacional de Geriátria	25-04-2016	10	6	60%
13	Complejo Centro de Salud Familiar Salvador Bustos y Centro de Urgencia Ñuñoa	27-05-2016	10	6	60%
13	Centro Médico y Dental Vidaintegra Quilicura	21-06-2016	10	6	60%
13	Hospital de Urgencia Asistencia Pública	30-06-2017	10	6	60%
13	Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada	07-12-2017	10	6	60%
2	Clínica Antofagasta	31-03-2015	12	7	58%
2	Hospital Militar del Norte	28-05-2015	12	7	58%
5	Hospital San Juan de Dios de Los Andes	19-10-2017	12	7	58%
8	Clínica Universitaria de Concepción	30-06-2016	12	7	58%
13	Hospital San Juan de Dios de Santiago	06-02-2015	12	7	58%
13	Hospital Dr. Exequiel González Cortés	27-05-2016	12	7	58%
13	Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak	21-04-2017	12	7	58%
6	Clínica Salud Integral	18-07-2014	14	8	57%
8	Centro de Diálisis Renacer	28-10-2015	9	5	56%
5	Hospital Carlos Van Buren	16-08-2017	11	6	55%
6	Diálisis A Y R Médicos	20-05-2015	11	6	55%
13	Policlínico Integramédica Manquehue	09-01-2015	11	6	55%
13	Policlínico Médico Dental Integramédica Alto Las Condes	02-02-2015	11	6	55%
13	Fundación Oftalmológica Los Andes	23-11-2015	11	6	55%
13	Integramédica Barcelona	31-08-2016	11	6	55%
8	Clínica Bío Bío S.A.	30-06-2016	13	7	54%
3	Clínica Atacama	31-08-2017	10	5	50%
4	Clínica Regional del Elqui	21-03-2017	10	5	50%

Región	Prestador institucional	Fecha Notificación Fiscalización	N° Caract. fiscalizadas	N° Caract. Cumplidas	% cumpl.
5	Clínica Ciudad del Mar	05-05-2015	12	6	50%
5	Hospital Clínico Viña del Mar	24-08-2015	12	6	50%
5	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez	24-10-2016	12	6	50%
7	Hospital Regional de Talca Dr. César Garavagno Burotto	20-07-2017	10	5	50%
8	Clínica de Atención Ambulatoria Mutua de Seguridad C.CH.C. Concepción	02-05-2014	6	3	50%
8	Hospital Las Higueras	29-04-2016	12	6	50%
8	Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela	28-04-2017	10	5	50%
8	Clínica Mayor	11-05-2017	10	5	50%
8	Complejo Asistencial Dr. Víctor Rios Ruiz de Los Angeles	01-08-2017	10	5	50%
9	Hospital San José de Victoria	30-05-2017	10	5	50%
12	Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria	01-08-2017	10	5	50%
13	Centro Diálisis Hekaine Limitada	18-07-2014	6	3	50%
13	Centro Oftalmológico Providencia	05-09-2014	8	4	50%
13	Hospital Talagante	04-12-2014	12	6	50%
13	Instituto Oftalmológico Profesor Arentsen S.A.	16-12-2014	10	5	50%
13	Centro Médico San Agustín	09-02-2016	12	6	50%
13	Clínica Colonial	26-05-2016	10	5	50%
13	Centro de Salud Familiar Dr. Félix de Amesti	27-05-2016	10	5	50%
13	Hospital de Niños Roberto del Río	20-02-2017	10	5	50%
13	Clínica Indisa	21-04-2017	10	5	50%
13	Clínica San Carlos de Apoquindo	22-06-2017	10	5	50%
13	Instituto Nacional del Tórax	31-08-2017	12	6	50%
13	Clínica Tabancura	29-09-2017	12	6	50%
13	Hospital San José	23-11-2017	12	6	50%
14	Clínica Alemana de Valdivia	22-09-2017	12	6	50%
13	Hospital y CRS El Pino	26-12-2014	17	8	47%
13	Clínica Los Coihues	25-05-2015	17	8	47%
2	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta	31-05-2017	11	5	45%
6	Hospital Regional de Rancagua	11-05-2017	11	5	45%
7	Clínica Regional Lircay	31-10-2017	11	5	45%
13	Clínica Los Tiempos	11-09-2015	11	5	45%
13	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	01-08-2017	11	5	45%
13	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	03-08-2017	11	5	45%
4	Hospital San Pablo de Coquimbo	17-03-2015	12	5	42%
5	Hospital Dr. Gustavo Fricke	15-09-2015	12	5	42%
5	Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar	30-09-2016	12	5	42%
5	Hospital Claudio Vicuña	27-10-2016	12	5	42%
5	Clínica Los Carrera	27-12-2017	10	4	40%
9	Hospital Dr. Mauricio Heyerman de Angol	19-05-2017	10	4	40%
10	Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder	29-05-2017	10	4	40%
10	Clínica Puerto Montt	29-09-2017	10	4	40%
13	Hospital Padre Alberto Hurtado	09-12-2014	15	6	40%
13	Instituto Nacional De Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda	13-02-2017	10	4	40%
13	Instituto Nacional del Cáncer	30-11-2017	10	4	40%
13	Hospital Parroquial de San Bernardo	14-12-2017	10	4	40%
5	Centro de Diálisis Sermedial Viña del Mar	24-02-2016	11	4	36%
2	Hospital del Cobre Dr. Salvador Allende Gossens	16-04-2015	12	4	33%
5	Hospital de Quilpué	30-06-2015	12	4	33%
10	Hospital Base San José de Osorno	07-04-2017	12	4	33%
8	Hospital Traumatológico de Concepción	30-06-2017	10	3	30%
10	Clínica Universitaria de Puerto Montt	22-06-2017	10	3	30%
12	Clínica Magallanes	07-04-2017	10	3	30%
13	Hospital del Profesor	29-09-2017	12	3	25%
15	Clínica San José de Arica	23-06-2015	12	3	25%
15	Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani	30-06-2015	12	3	25%

Región	Prestador institucional	Fecha Notificación Fiscalización	N° Caract. fiscalizadas	N° Caract. Cumplidas	% cumpl.
7	Hospital San Juan De Dios de Curicó	30-06-2017	10	2	20%
13	Hospital San José de Melipilla	07-08-2017	10	2	20%
10	Hospital Base Valdivia	24-06-2016	11	2	18%
12	Clínica Magallanes	23-01-2015	11	2	18%
13	SIEM Limitada	22-08-2016	6	1	17%
13	Hospital San Juan de Dios de Santiago	28-10-2016	12	2	17%
9	Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena	16-08-2016	7	1	14%
5	Hospital San Martín de Quillota	13-12-2017	10	1	10%
5	Hospital Dr. Gustavo Fricke	16-02-2017	8	0	0%

ANEXO N°2

Nómina de prestadores institucionales fiscalizados en mantención del estándar de acreditación año 2014

Región	Nombre del Prestador	Nivel de Complejidad	Estándar de Acreditación
2	Clínica La Portada	Alta	Cerrada
5	Hospital San Juan de Dios de Los Andes	Alta	Cerrada
5	Centro Renal Viña Del Mar	Mediana	Diálisis
5	Hospital San Camilo	Alta	Cerrada
5	Clínica Río Blanco	Mediana	Cerrada
6	Clínica Salud Integral	Alta	Cerrada
8	Clínica de Atención Ambulatoria Mutua de Seguridad C.CH.C. Concepción	Baja	Abierta
8	Hospital de Tomé	Alta	Cerrada
8	Centro de Salud Familiar Juan Soto Fernández	Baja	Abierta
9	Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena	Alta	Cerrada
12	Clínica Magallanes	Alta	Cerrada
12	Scanner Sur Limitada	Alta	Imagenología
13	Integramédica Sucursal Florida Salud	Alta	Abierta
13	Psicomédica Limitada	Baja	Abierta
13	Integramédica Estación Central	Mediana	Abierta
13	Hospital Clínico Mutua de Seguridad C.CH.C.	Alta	Cerrada
13	Hospital del Profesor	Alta	Cerrada
13	Policlínico Médico Dental Gran Avenida	Mediana	Abierta
13	Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez	Alta	Cerrada
13	Centro Oftalmológico Láser CEOLA S.A.	Alta	Abierta
13	Policlínico Médico y Dental Megasalud Padre Hurtado	Baja	Abierta
13	Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile	Alta	Cerrada
13	Hospital Josefina Martínez	Alta	Cerrada
13	Clínica Dávila	Alta	Cerrada
13	Centro Diálisis Hekaine Limitada	Mediana	Diálisis
13	Centro Oftalmológico Providencia	Alta	Abierta
13	Clínica Universidad Católica	Alta	Cerrada
13	Hospital Barros Luco Trudeau	Alta	Cerrada
13	Instituto Oftalmológico Profesor Arentsen S.A.	Alta	Abierta
13	Hospital Talagante	Mediana	Cerrada
13	Centro de Rehabilitación Sargento Segundo Cantinera Irene Morales	Baja	Cerrada
13	Clínica Las Condes	Alta	Cerrada
13	Hospital y CRS El Pino	Alta	Cerrada
13	Clínica Familia	Baja	Cerrada
13	Policlínico Integramédica Manquehue	Mediana	Abierta
13	Hospital Padre Alberto Hurtado	Alta	Cerrada
14	Hospital Base Valdivia	Alta	Cerrada

ANEXO N°3

Nómina de prestadores institucionales fiscalizados en mantención del estándar de acreditación año 2015

Región	Prestador	Nivel de Complejidad	Estándar de Acreditación
2	Clínica Antofagasta	Alta	Cerrada
2	Hospital del Cobre Dr. Salvador Allende Gossens	Alta	Cerrada
2	Hospital Militar del Norte	Alta	Cerrada
4	Hospital San Pablo de Coquimbo	Alta	Cerrada
4	Centro Médico Integramédica La Serena S.A.	Mediana	Abierta
5	Clínica Ciudad del Mar S.A.	Alta	Cerrada
5	Hospital de Quilpué	Alta	Cerrada
5	Hospital Clínico Viña del Mar	Alta	Cerrada
5	Hospital Dr. Gustavo Fricke	Alta	Cerrada
5	Hospital San Antonio de Putaendo	Baja	Cerrada
6	Diálisis A Y R Médicos	Mediana	Diálisis
6	Clínica Isamédica	Alta	Cerrada
7	Hospital San Carlos	Mediana	Cerrada
8	Centro de Salud Familiar Lorenzo Arenas	Baja	Abierta
8	Hospital San José de Coronel	Alta	Cerrada
8	Hospital Clínico Herminda Martin	Alta	Cerrada
8	Centro de Diálisis Renacer	Mediana	Diálisis
13	Hospital San Juan de Dios	Alta	Cerrada
13	Policlínico Médico Dental Integramédica Alto Las Condes	Mediana	Abierta
13	Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía	Baja	Abierta
13	Centro de Salud Familiar Apoquindo	Baja	Abierta
13	Hospital Dr. Juan Hepp de Purranque	Baja	Cerrada
13	Centro Médico Irarrázaval	Baja	Abierta
13	Clínica Avansalud	Alta	Cerrada
13	Centro Médico y Dental Vidaintegra San Miguel	Mediana	Abierta
13	Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse	Alta	Cerrada
13	Hospital del Trabajador	Alta	Cerrada
13	Clínica Los Coihues	Alta	Cerrada
13	Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo	Alta	Cerrada
13	Clínica Bicentenario	Alta	Cerrada
13	Corporación de Ayuda al Dializado de la Provincia de Maipo	Mediana	Diálisis
13	Centro de Diálisis Departamental Ltda.	Mediana	Diálisis
13	Centro de Diálisis Saint Joseph	Mediana	Diálisis
13	Clínica Los Tiempos	Baja	Psiquiátrica
13	Clínica Vespuccio	Alta	Cerrada
13	Hospital Clínico San Borja Arriarán	Alta	Cerrada
13	Centro Mutual de Seguridad C.CH.C La Florida	Baja	Abierta
13	Clínica Santa María	Alta	Cerrada
13	Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna	Alta	Cerrada
13	Fundación Oftalmológica Los Andes	Alta	Abierta
13	Centro de Estudios Reproductivos	Baja	Abierta
15	Clínica San José de Arica	Alta	Cerrada
15	Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani	Alta	Cerrada

ANEXO N°4

Nómina de prestadores institucionales fiscalizados en mantención del estándar de acreditación año 2016

Región	Prestador	Nivel de Complejidad	Estándar de Acreditación
4	Hospital San Juan de Dios de La Serena	Alta	Cerrada
5	Centro de Rehabilitación Capredena Limache	Baja	Cerrada
5	Centro de Diálisis Sermedial Viña del Mar	Mediana	Diálisis
5	Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar	Alta	Cerrada
5	Hospital Dr. Eduardo Pereira	Alta	Cerrada
5	Hospital Claudio Vicuña	Alta	Cerrada
7	Hospital de Linares Carlos Ibáñez del Campo	Alta	Cerrada
8	Hospital Clínico del Sur	Alta	Cerrada
8	Hospital Penco Lirquén	Baja	Cerrada
8	Hospital Las Higueras	Alta	Cerrada
8	Clínica Universitaria de Concepción	Alta	Cerrada
8	Clínica Biobío	Alta	Cerrada
8	Integramédica Biobío	Baja	Abierta
8	Hospital de Coronel	Alta	Cerrada
9	Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco	Alta	Cerrada
10	Hospital Base de Valdivia	Alta	Cerrada
13	Centro Médico San Agustín	Mediana	Abierta
13	Instituto Nacional de Geriátría	Alta	Cerrada
13	Hospital Exequiel González Cortes	Alta	Cerrada
13	Centro de Salud Familiar Dr. Félix Amésti	Baja	Abierta
13	Clínica Colonial	Alta	Cerrada
13	Centro de Salud Familiar Salvador Bustos	Baja	Abierta
13	Centro Médico Vidaintegra Quilicura	Baja	Abierta
13	Integramédica Barcelona	Mediana	Abierta
13	SIEM Ltda.	Baja	Serv. Esterilización
13	Hospital San Juan de Dios	Alta	Cerrada
13	Clínica Alemana de Santiago	Alta	Cerrada
13	Hospital Padre Alberto Hurtado	Alta	Cerrada

ANEXO N°5

Nómina de prestadores institucionales fiscalizados en mantención del estándar de acreditación año 2017

Región	Prestador	Nivel de Complejidad	Estándar de Acreditación
2	Hospital Regional de Antofagasta	Alta	Cerrada
3	Clínica Atacama	Alta	Cerrada
3	Hospital de Copiapó	Alta	Cerrada
4	Clínica Regional Elqui	Alta	Cerrada
4	Hospital Base Osorno San José	Alta	Cerrada
4	Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús de Ovalle	Alta	Cerrada
5	Hospital Gustavo Fricke	Alta	Cerrada
5	Clínica Reñaca	Alta	Cerrada
5	Centro de Diálisis Hemoval	Mediana	Diálisis
5	Centro Renal Villa Alemana	Mediana	Diálisis
5	Hospital Carlos Van Buren	Alta	Cerrada
5	Hospital San Juan de Dios de Los Andes	Alta	Cerrada
5	Centro Renal Viña del Mar	Mediana	Diálisis
5	Centro de Diálisis Sermedial Valparaíso	Mediana	Diálisis
5	Hospital San Martín de Quillota	Alta	Cerrada
5	Clínica Los Carrera	Alta	Cerrada
6	Hospital San Juan de Dios de San Fernando	Alta	Cerrada

Región	Prestador	Nivel de Complejidad	Estándar de Acreditación
6	Hospital Regional de Rancagua	Alta	Cerrada
6	Hospital Clínico FUSAT	Alta	Cerrada
7	Hospital San Juan de Dios de Curicó	Alta	Cerrada
7	Hospital Regional de Talca	Alta	Cerrada
7	Clínica Lircay	Alta	Cerrada
8	Hospital Rafael Avaria de Curanilahue	Mediana	Cerrada
8	Clínica Mayor	Alta	Cerrada
8	Hospital Traumatológico de Concepción	Mediana	Cerrada
8	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruíz de Los Ángeles	Alta	Cerrada
8	Clínica Chillán	Alta	Cerrada
8	Clínica Los Andes	Alta	Cerrada
9	Hospital San José de Victoria	Alta	Cerrada
9	Hospital Dr. Mauricio Heyermann de Angol	Alta	Cerrada
10	Hospital de Puerto Montt	Alta	Cerrada
10	Clínica Universitaria de Puerto Montt	Alta	Cerrada
10	Clínica Puerto Montt	Alta	Cerrada
10	Hospital de Castro	Alta	Cerrada
11	Hospital Regional de Coyhaique	Alta	Cerrada
12	Clínica Magallanes	Alta	Cerrada
12	Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas	Alta	Cerrada
13	Instituto Nacional de Rehabilitación PAC	Alta	Cerrada
13	Hospital de Niños Roberto del Río	Alta	Cerrada
13	Clínica Indisa	Alta	Cerrada
13	Nefrodialisis San Lucas	Mediana	Diálisis
13	Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz	Alta	Psiquiátrica Cerrada
13	Clínica San Carlos de Apoquindo	Alta	Cerrada
13	Hospital de Urgencia Asistencia Pública	Alta	Cerrada
13	Hospital del Salvador	Alta	Cerrada
13	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer Weisser	Alta	Cerrada
13	Hospital San José de Melipilla	Alta	Cerrada
13	Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.CH.C	Alta	Cerrada
13	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Alta	Cerrada
13	Clínica Tabancura	Alta	Cerrada
13	Instituto Nacional del Tórax	Alta	Cerrada
13	Diálisis Vespucio	Mediana	Diálisis
13	Hospital del Profesor	Alta	Cerrada
13	Instituto Nacional del Cáncer	Alta	Cerrada
13	Hospital San José	Alta	Cerrada
13	Hospital Clínico de la Universidad de Chile Dr. José Joaquín Aguirre	Alta	Cerrada
13	Hospital Parroquial de San Bernardo	Alta	Cerrada
13	Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada	Alta	Cerrada
13	Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz Inzunza	Alta	Cerrada
14	Clínica Alemana de Valdivia	Alta	Cerrada