



## **13° Encuentro Nacional de Calidad en Salud**

# **“Dificultades actuales en reacreditación de prestadores”**

---

Planes de Corrección

*Sandra Aguilera Godoy*

Octubre 2024

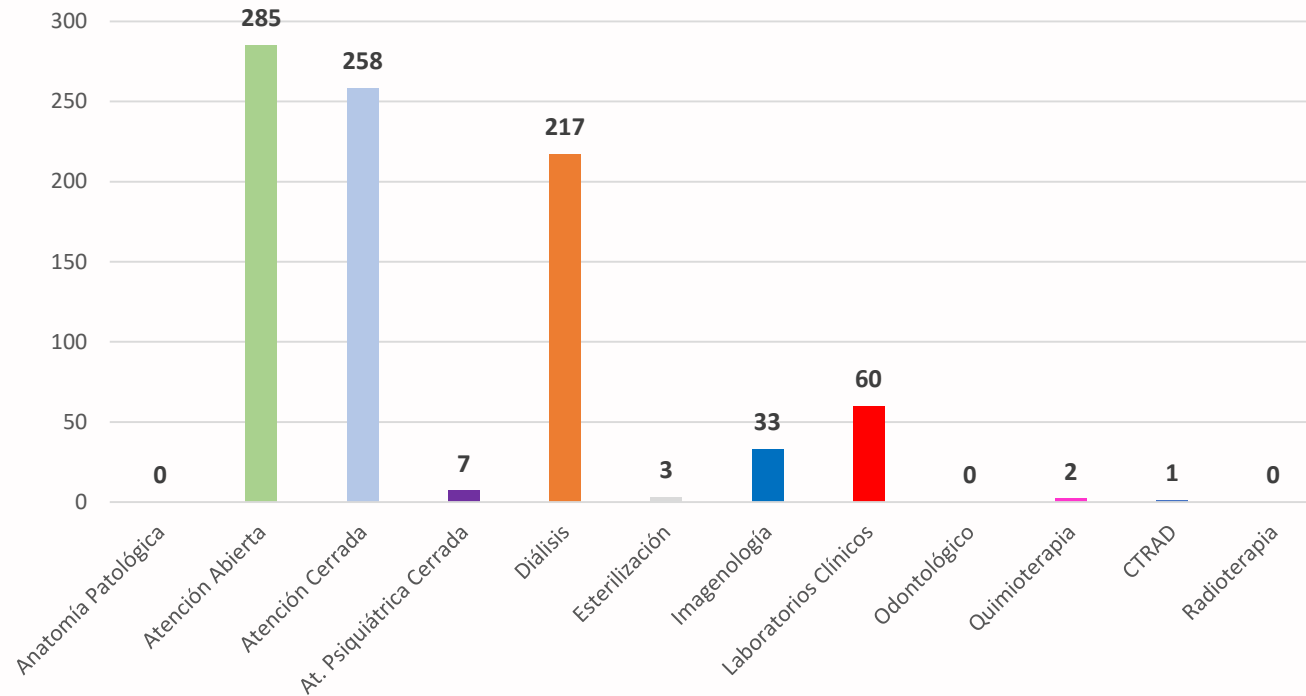
- A la fecha se han realizado más de **1600** procesos de acreditación.
- **866** prestadores institucionales acreditados.



## Según Estándar de Acreditación Prestadores Acreditados



**N° Prestadores Acreditados por Estándar**



**866** prestadores acreditados

**525** acreditados por 2° vez (61%)

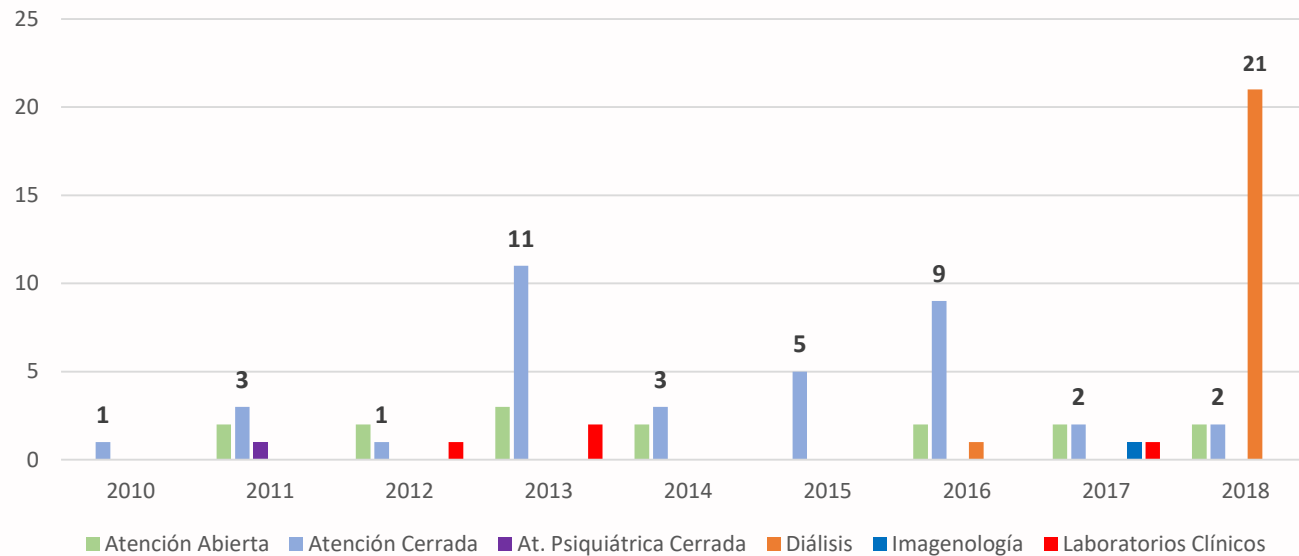
**124** acreditados por 3° vez (14%)

**19** acreditados por 4° vez (2%)



- A la fecha se han realizado más de 1600 procesos de acreditación.
- 866 prestadores institucionales acreditados.
- Antes del año 2019, el **13 %** de los prestadores NO acreditaba en su 1° proceso de acreditación.

**N° Prestadores NO Acreditados por Estándar  
(2009-2018)**



**625** procesos de acreditación realizados antes del año 2019.

**80** prestadores no acreditan en su primer proceso de acreditación.

No cumplen **100%** de características obligatorias.

## Decreto Exento N°5, MINSAL – 15/01/2019

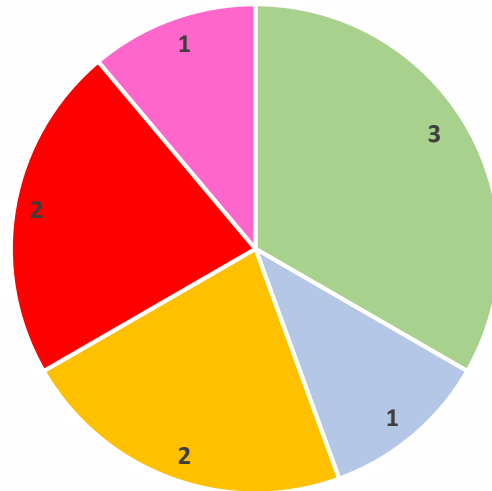
- Aprueba modificación de las reglas de decisión contenidas en los diferentes manuales de acreditación.
- Permite el incumplimiento de características obligatorias.
- Primeros prestadores con resultado “En situación de ser acreditado con observaciones”.



- A la fecha se han realizado más de 1600 procesos de acreditación.
- 866 prestadores institucionales acreditados.
- Antes del año 2019, el 13 % de los prestador no acredita en su 1° proceso de acreditación.
- A partir del año 2019, se han realizado **1008** procesos de acreditación.
- Sólo **9** prestadores NO acreditados (0,89%).



**N° Prestadores No Acreditados según Estándar  
(2019 – 2024)**



■ Atención Abierta ■ Atención Cerrada ■ Diálisis ■ Laboratorios Clínicos ■ Quimioterapia

**9 Prestadores No Acreditados**

**13%** (antes del 2019)



**0,89%** (después del 2019)

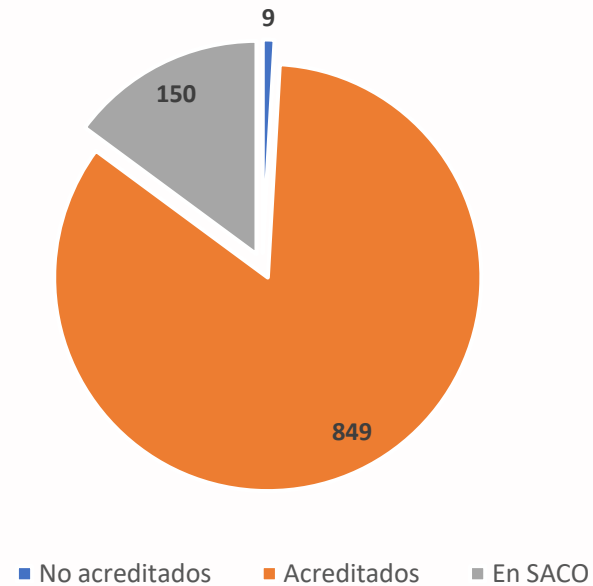


- A la fecha se han realizado más de **1600** procesos de acreditación.
- **866** prestadores institucionales acreditados.
- Antes del año 2019, el **13 %** de los prestadores no acredita en su 1° proceso de acreditación.
- A partir del año 2019, se han realizado **1008** procesos de acreditación.
- Sólo **9** prestadores no acreditados (0,89%).
- **15%** de los 1008 procesos realizados a contar del año 2019, han resultado “En situación de ser acreditado con observaciones”

 **PLAN DE CORRECCIÓN**



**Resultados de Procesos de Acreditación  
realizados entre el año 2019 y 2024**



**N = 1008** procesos realizados

**849** procesos → acreditados  
o re-acreditados

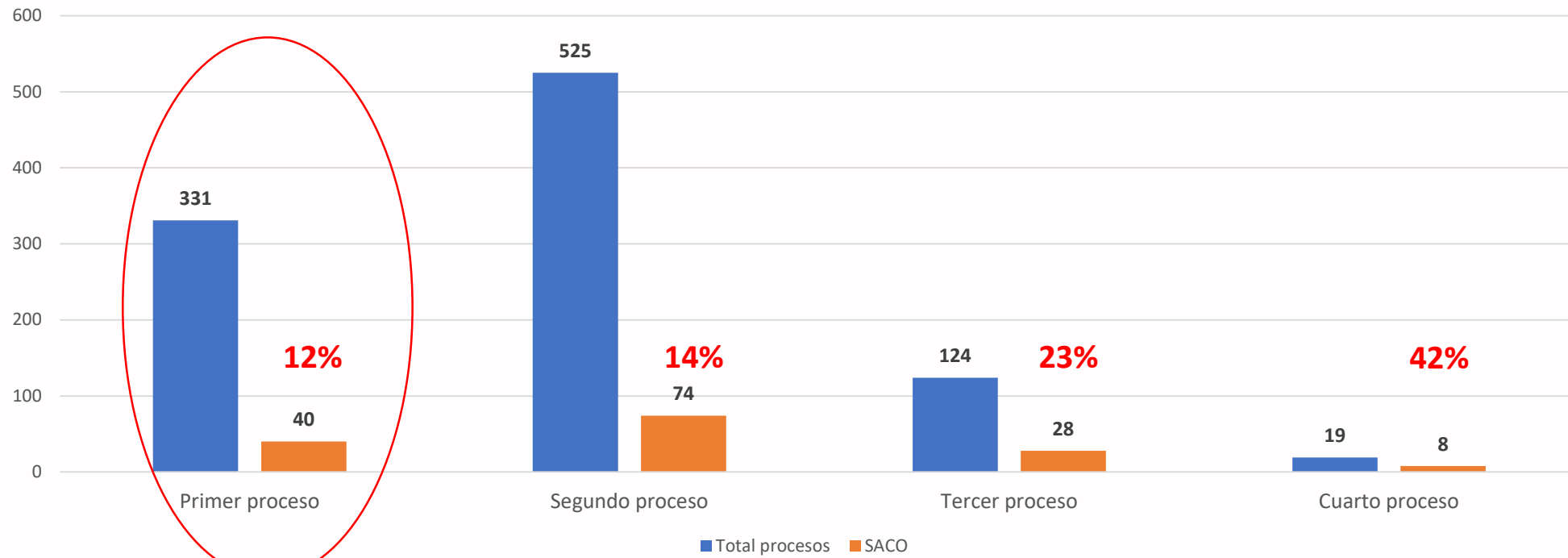
**150** procesos → en situación  
de ser acreditados con  
observaciones

**9** procesos → no acreditados

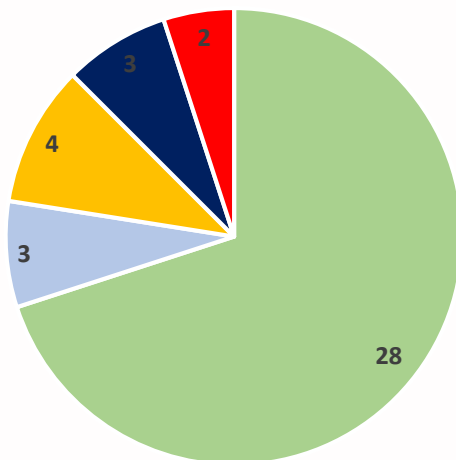


**N° Prestadores con resultado en SACO  
según número de proceso de acreditación**

**N = 999 procesos**



**N° Prestadores con resultado en SACO  
en un 1° proceso de acreditación según Estándar**



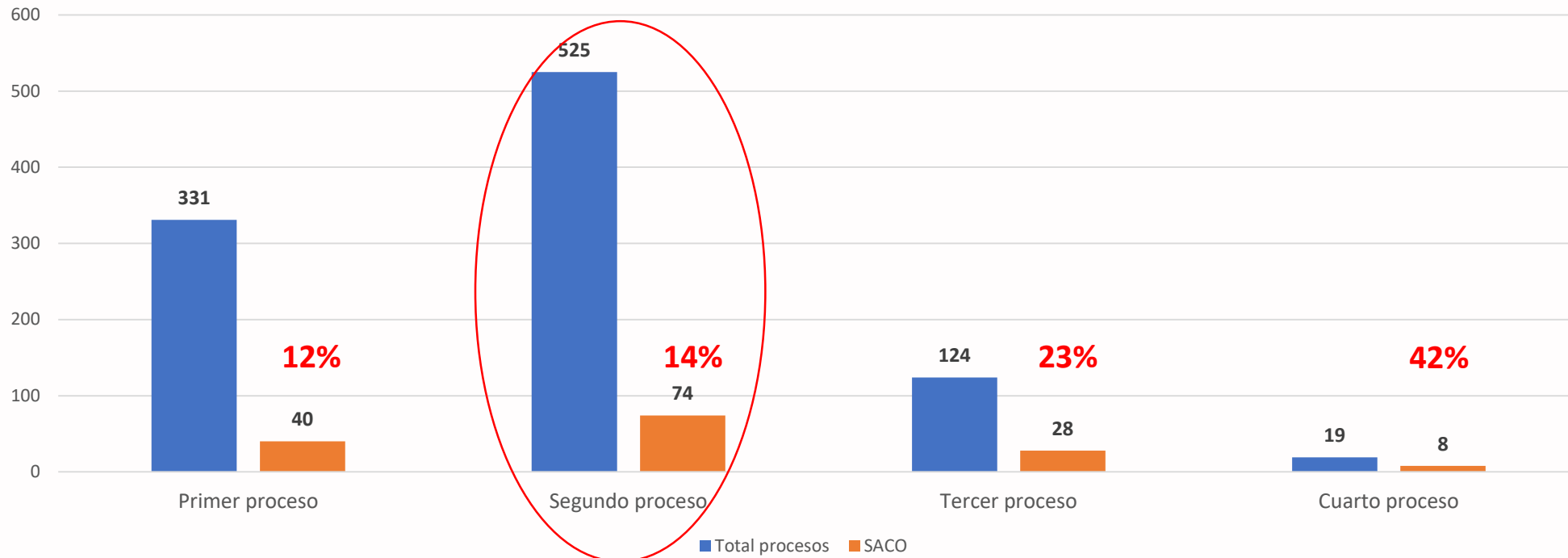
■ Atención Abierta ■ Atención Cerrada ■ Diálisis ■ Imagenología ■ Laboratorios Clínicos

**40** prestadores en situación de ser acreditado con observaciones.

**70%** corresponden a prestadores de atención abierta

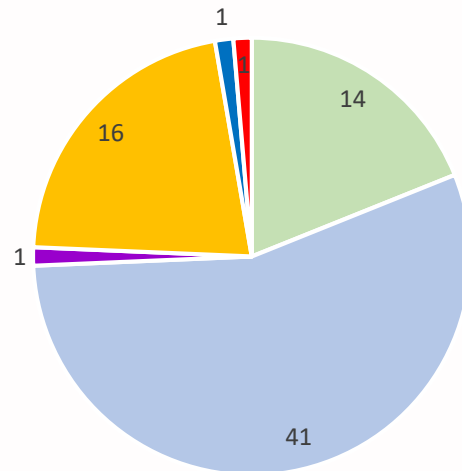


**N° Prestadores con resultado en SACO  
según número de proceso de acreditación**





**N° Prestadores con resultado en SACO  
en un 2° proceso de acreditación según Estándar**



■ Atención Abierta ■ Atención Cerrada ■ At. Psiquiátrica Cerrada ■ Diálisis ■ Imagenología ■ Laboratorios Clínicos

**74** prestadores en situación de ser acreditado con observaciones

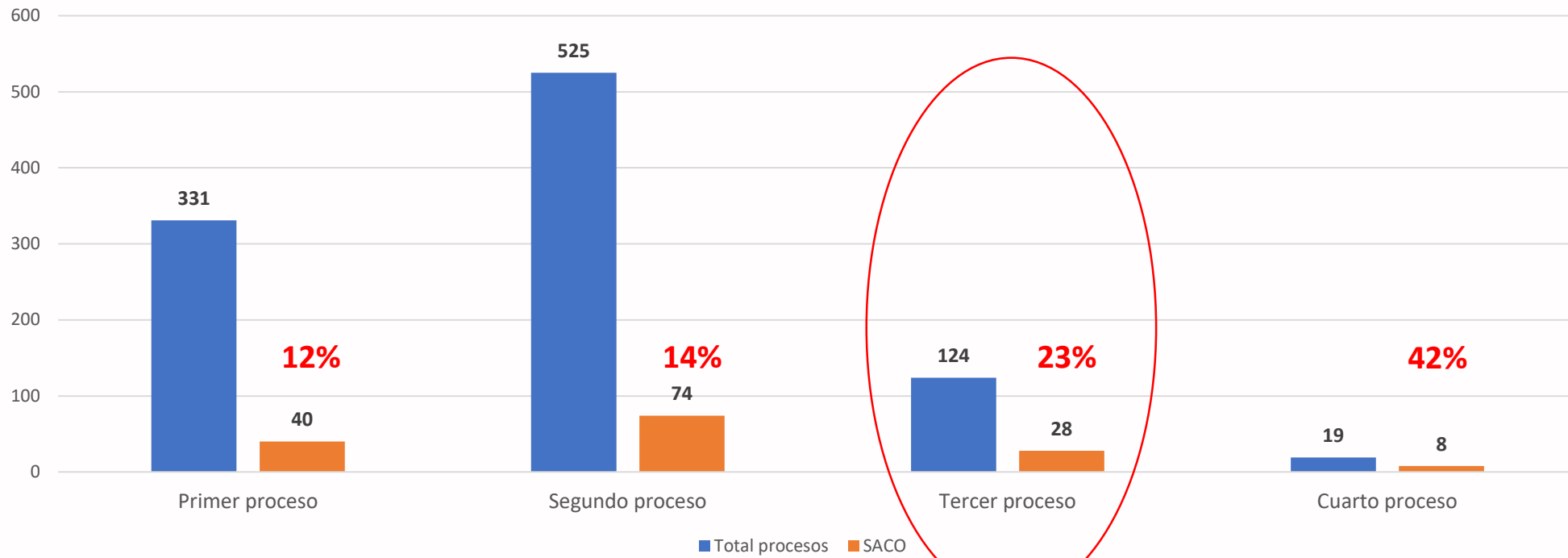
**55%** corresponden a prestadores de atención cerrada

**22%** corresponden a centros de diálisis

**19%** corresponden a prestadores de atención abierta

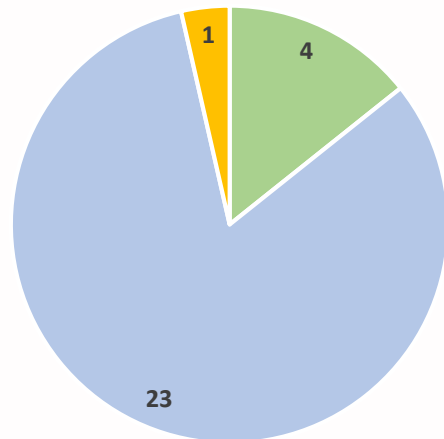


**N° Prestadores con resultado en SACO  
según número de proceso de acreditación**





**N° Prestadores con resultado en SACO  
en un 3° proceso de acreditación según Estándar**



■ Atención Abierta ■ Atención Cerrada ■ Diálisis

**28** prestadores en situación de ser acreditado con observaciones

**82%** corresponden a prestadores de atención cerrada

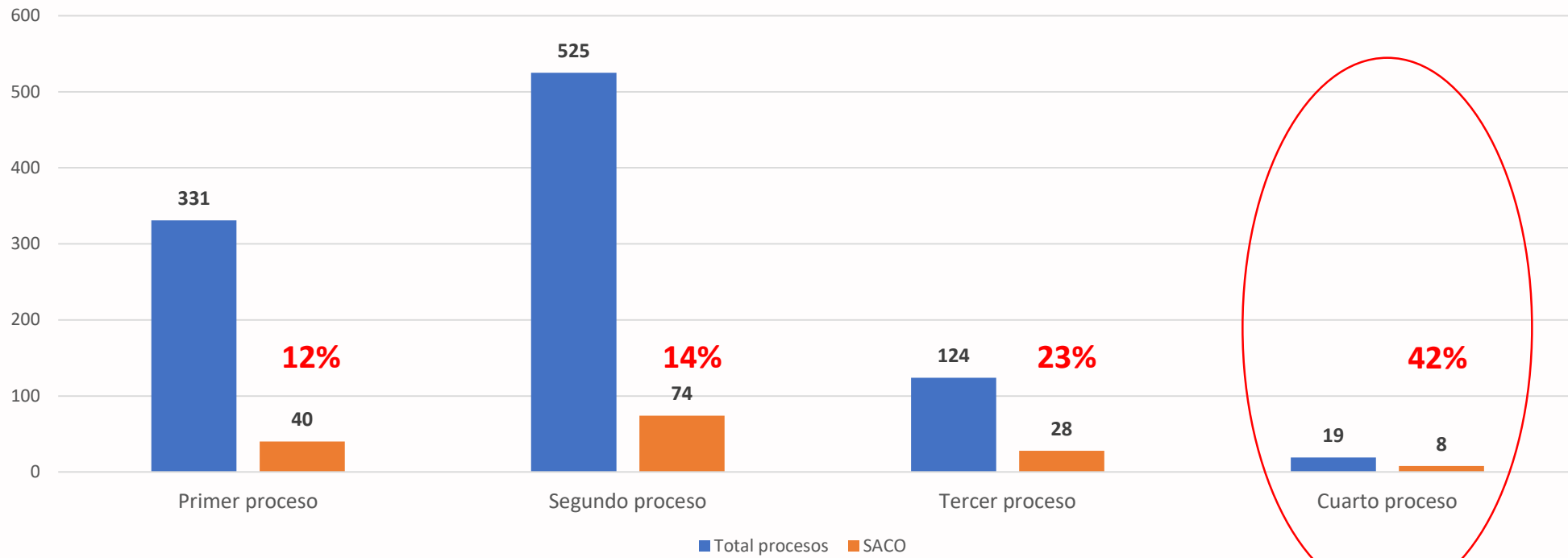
**14%** corresponden a prestadores de atención abierta

**4%** corresponden a centros de diálisis





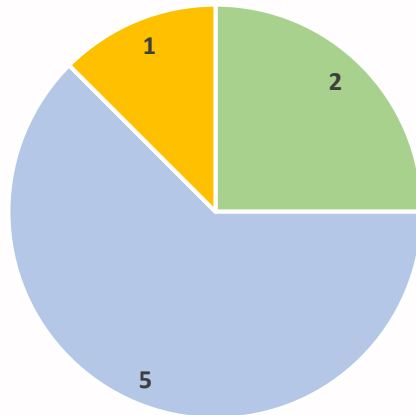
**N° Prestadores con resultado en SACO  
según número de proceso de acreditación**



(Fecha corte: 25-09-2024)



**N° Prestadores con resultado en SACO  
en un 4° proceso de acreditación según Estándar**



■ Atención Abierta ■ Atención Cerrada ■ Diálisis

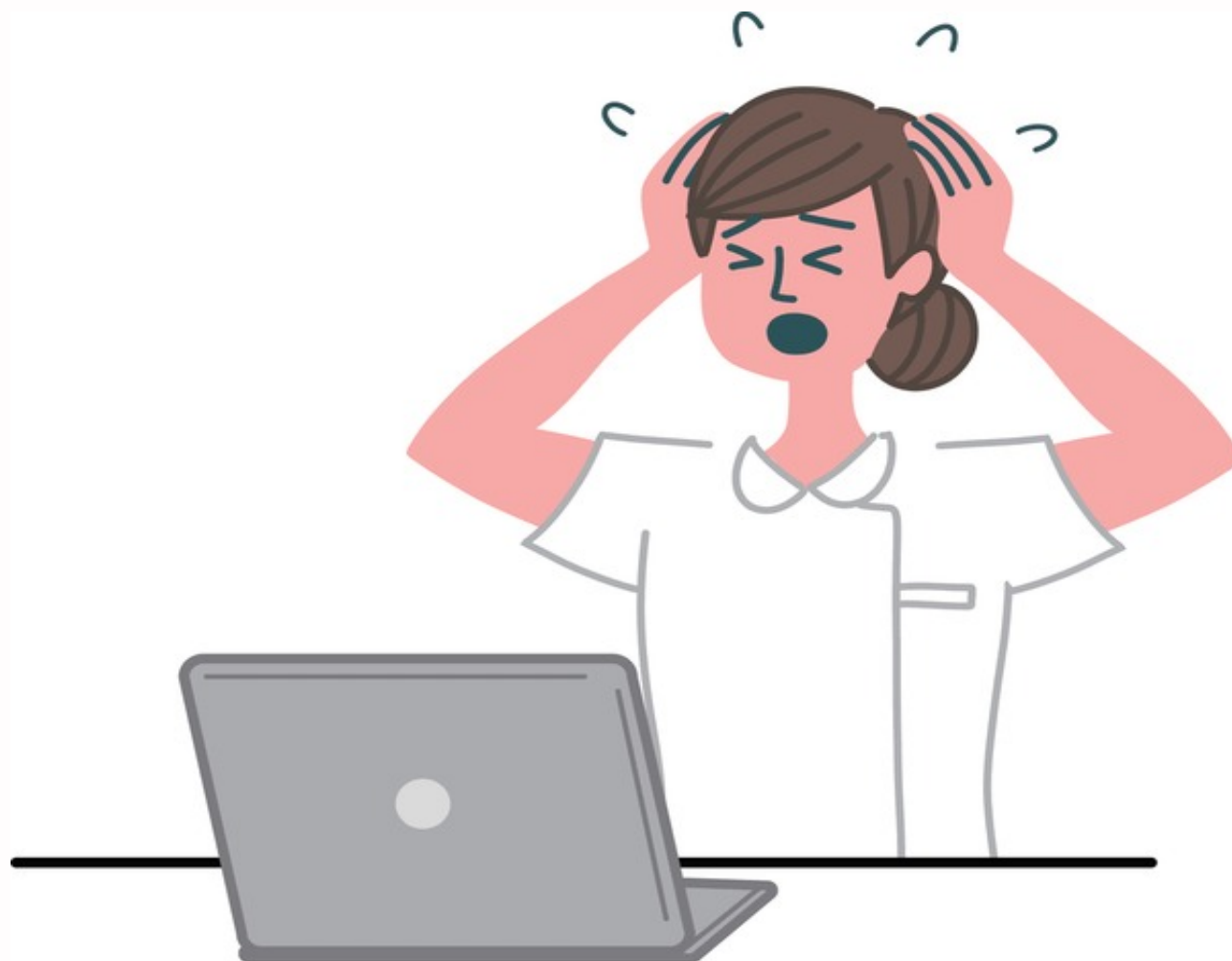
**8** prestadores en situación de ser acreditado con observaciones

**62,5%** corresponden a prestadores de atención cerrada

**25%** corresponden a prestadores de atención abierta

**12,5%** corresponden a centros de diálisis

## Dificultades que están presentando los prestadores





## Dificultades que están presentando los prestadores

¿por qué?

¿qué está  
pasando?





**Dificultades que están presentando los prestadores**

**CAL 1.1?**

**REG 1.1?**

**DP 1.1?**

**GCL 3.2?**

**AOC 1.3?**

**GCL 1.11?**

**AOC 2.1?**

**GCL 3.1?**

**EQ 2.1?**

**GCL 1.7?**

**RH 1.1?**



**¿Qué característica no cumplimos?**



# 13° Encuentro Nacional de Calidad en Salud



## Atención Cerrada Características incumplidas

DP 2.1

CAL 1.1

CAL 1.2

GCL 1.5

GCL 1.7

GCL 1.11

GCL 3.1

GCL 3.2

AOC 1.3

AOC 1.1

AOC 2.1

RH 1.1

REG 1.1

EQ 2.1

APF 1.3



DP 1.1

RH 1.1

GCL 1.4

CAL 1.1

REG 1.1

GCL 1.8

AOC 2.1

EQ 2.1



DP 1.1

REG 1.1

GCL 1.6

CAL 1.1

EQ 2.1

AOC 2.1





# 13° Encuentro Nacional de Calidad en Salud



DP 1.1

CAL 1.1

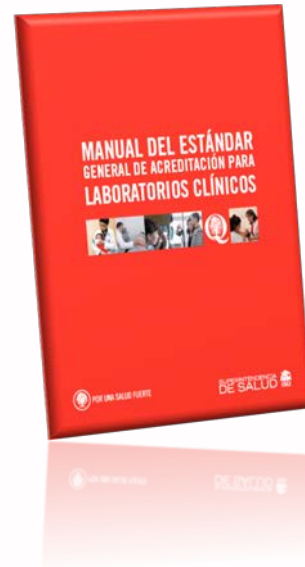
GP 1.1

REG 1.1

EQ 2.1

## Centros de Imagenología Características incumplidas

## Laboratorios Clínicos y Atención Psiquiátrica Cerrada **Características incumplidas**



**GP 1.4**



**CAL 1.1**

**AOC 1.3**

**DP 1.1**

No cuenta con el afiche de  
atención preferente

Ámbito: Dignidad del Paciente  
**Característica incumplida – DP 1.1**





**CAL 1.1 - 2°EM**

Designación de encargada de  
calidad no considera horas



**CAL 1.1 - Segundo elemento medible:** Existe un profesional a cargo del Programa de Calidad nivel institucional.

Dirección o Gerencia				
Documento: Resolución Exenta				
N° Resolución: 1502		Versión: NA		Fecha: 22 Noviembre 2019
Elaborado por: [Redacted]			Aprobado/ Firmado por: [Redacted]	
Carácter institucional: SI		Fecha vigencia: Noviembre 2024		Nº páginas: 1-2
Nombre del responsable: [Redacted]		Profesión: [Redacted]		Cargo: Encargada del departamento de Calidad y Seguridad del paciente
<b>Cargo específica (Si/No)</b>	Funciones	SI	Nº de horas asignadas	No indica



CAL 1.1 - 3°EM

No cuenta con programas anuales para todo el periodo evaluado

El programa no establece metas y/o actividades definidas

Observaciones: El programa de calidad presentado por el prestador no incluye el sistema de evaluación anual, por lo cual no cumple el elemento medible.

No incluye un sistema de evaluación anual

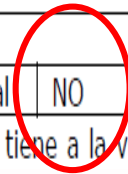
CAL 1.1

Programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación anual de los aspectos de seguridad de los pacientes.

Dirección o Gerencia

Documento: Programa Anual de Calidad Institucional Enero - Diciembre 2021

Elaborado por:		Aprobado por:		
de Calidad (S)		Directora (s)		
Años evaluados:	2021			
<b>Incluye (SI/NO)</b>	1. Sistema de evaluación anual	NO	2. Aspectos relevantes para la seguridad de pacientes	SI
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista "Programa Anual de Calidad Institucional Enero - Diciembre				



Observaciones: El prestador no presenta Programa de Calidad para años 2021 y 2022 aludiendo que se acoge a circular IP N° 1 del 2022. Los Programas de Calidad anual son relevantes para resguardar la calidad y seguridad asistencial y su mejora continua, por lo tanto, este documento por la importancia que tiene no puede estar acogido a la circular aludida por el prestador. En consecuencia, se da por incumplido este elemento medible.

Teniendo a la vista los dos documentos presentados por el prestador, se determina el incumplimiento del elemento medible dado que, el prestador expone objetivos que no disponen de posibilidades de medición, no incluye metas ni umbral de logro, ni plazos de cumplimiento, las actividades del programa son insuficientes para el alcance de los objetivos y no existe un modelo de evaluación que incluya indicadores de logro.

Observaciones: Se tienen a la vista los programas de calidad de los años 2020, 2021, 2022 y 2023. Se describe en detalle los Programa de Calidad de los años 2022 y 2023, según indicaciones de Directora Técnica.  
Los programas de calidad presentados por el prestador no incorporan un sistema de evaluación anual. Documento no especifica cuando se da por cumplida cada una de las metas que contienen más de una actividad, ni tampoco define el cumplimiento global del Programa de Calidad. De acuerdo a lo anterior no cumple el elemento medible.



**CAL 1.1 - 4°EM**

El informe de evaluación del programa, no contiene un análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados obtenidos

Las metas, objetivos y/o actividades evaluadas no coinciden con el programa  
No realiza evaluación de todas las metas y/o actividades definidas

No presenta informes de todo el periodo evaluado

**CAL 1.1 - Cuarto elemento medible:** Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos. \*

Dirección o Gerencia	
Nombre del documento: Informe Anual de Evaluación del Programa de Calidad 2022. Centro de Valencia.	
Elaborado por:	Aprobado por: No tiene
Años evaluados: 2022	Incluye análisis de los resultados obtenidos: No

**Observaciones:** El análisis de los Programas de Calidad del periodo retrospectivo evaluado 2020, 2021 y 2022 cuentan con la evaluación de cada objetivo definido, sin embargo, no se realiza un análisis global del cumplimiento de las metas del programa.

Prestador indica que el umbral para el indicador que mide cumplimiento obtención consentimiento informado es del 96%, lo cual es discordante con el Programa de Calidad en el cual señala que es del 100%.

En el Programa de Calidad prestador indica que se evaluará en forma anual a través del cumplimiento de los indicadores definidos frente a cada meta, sin embargo en evaluación no se incluye análisis de indicador: de las 3 metas del objetivo N° 4, cuyos verificadores establecidos por prestador fueron: carpeta única de papel con todos los registros de las atenciones entregadas al paciente que consulta en [ ]. Fichas clínicas con código único de verificación: RUT o N° de pasaporte en forma transitoria en aquellos pacientes extranjeros que no hayan regularizado su situación en el registro civil de identificación chileno y Archivo central definido como lugar único para almacenaje y resguardo de las fichas clínicas de los pacientes que se atienden en [ ]

Observaciones: El documento no cumple con las exigencias del estándar, ya que no contiene análisis de los resultados obtenidos, no cuenta con lo establecido en el programa de calidad 2022. No indica el motivo de los incumplimientos, que mejoras implementará; sólo se remite a registrar en "análisis" si cumple o no cumple y el porcentaje de cumplimiento obtenido.

Por otra parte, no se observa en todo el contenido del informe que el prestador realice un análisis cuantitativo y cualitativo de lo cumplido y no cumplido.



## Característica incumplida – GCL 1.6 / GCL 1.7

### GCL 1.6 / 1.7 – 1°EM

No presenta documento por no aplicabilidad

El documento no considera la indicación de transfusión para todo tipo de paciente

El documento no define las unidades a transfundir para todos los hemocomponentes

GCL 1.7	No se realizan prestaciones asociadas a la característica, se constata mediante revisión AS, autoevaluación y visita en terreno
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

Observaciones: En el apartado de indicación de transfusión en pediatría y neonatología, no se especifica el número de unidades a utilizar en los siguientes tipos de hemocomponentes: sangre completa, plaquetas, plasma, crioprecipitados, transfusión intrauterina de glóbulos rojos. No registra el nombre de las personas que lo elaboraron, sólo señala al Comité en general.



**GCL 3.1 – 3°EM**

No existen respaldos de las reuniones realizadas

No cumple con la periodicidad de las reuniones

Los temas tratados no cumple según la normativa vigente

No participan de las reuniones todas las personas que establece la normativa vigente





---

Hallazgos: Si bien se muestran actas de reuniones del PCI del periodo evaluado, estas no corresponden al Comité de Infecciones Intrahospitalarias tal como lo indica la Norma Técnica N° 225 /Agosto 2022, sobre programas de prevención y control de las IAAS, que señala que periódicamente, al menos cada cuatro meses, el PCI informará al conjunto de jefes de servicios clínicos y de apoyo (que para estos efectos actúa como "comité de infecciones") convocados por la dirección del establecimiento sobre el diagnóstico epidemiológico, avances del programa y planes de intervención. De esta forma se dará cumplimiento a los estándares vigentes de acreditación de prestadores de atención cerrada.

Es por esta causa que no cumple con este elemento medible

---



**GCL 3.2 – 1°EM**

Protocolo no está actualizado según la normativa vigente

El sistema de vigilancia no es acorde a la realidad del prestador

No considera vigilancia para todas las IAAS

No describe los criterios de inclusión, exclusión y de notificación

En el documento constatado **no se describe** lo siguiente:

- Vigilancia de catéter de hemodiálisis no se encuentra descrita la realización de vigilancia activa de los CHD, como tampoco la definición de la tasa de HD solo menciona la información pasiva que realiza la enfermera de diálisis a la unidad de IAAS.
- No se encuentra descrito la para vigilancia de ARFpi, incorporación en la vigilancia activa en caso de presenten algún signo o síntoma de probable infección por ARFpi en vigilancia.



**GCL 3.2 – 2°EM**

No presenta indicadores para todas las IAAS vigiladas

No establece umbral para todos los indicadores

Umbral definido sobre la norma ministerial

---

-En los documentos presentados, el prestador no define el indicador y umbral de cumplimiento para el Síndrome Diarreico Agudo en Recién Nacidos, considerando que declara realizar prestaciones de Neonatología para este tipo de pacientes.

---



**GCL 3.2 – 3°EM**

La vigilancia realizada no cumple con la normativa vigente

La vigilancia no es acorde a lo descrito en el documento institucional

No realiza vigilancia de todas las IAAS

No existe registros de la vigilancia realizada

-El prestador no realiza Vigilancia Epidemiológica para el Síndrome Diarreico Agudo en Recién Nacidos, considerando que declara realizar prestaciones de Neonatología para este tipo de pacientes. Por lo tanto, la Vigilancia Epidemiológica no es realizada en forma periódica y de acuerdo a normativa vigente.

---

---

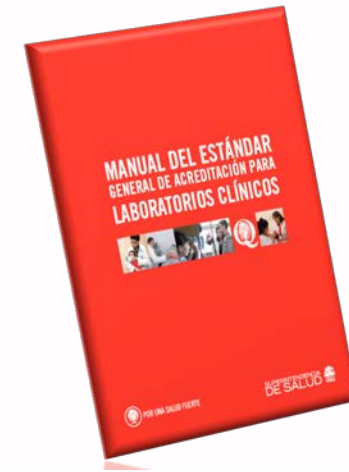
---



**AOC 1.3 – 1°EM**

No define exámenes críticos para todos las áreas o puntos

El procedimiento no considera la notificación para todas las personas



Documento vigente, no contiene definición de valores críticos a notificar para el área de microbiología. Esto debido a que en enero del año 2022, por modificación de la normativa, la Baciloscopia dejó de ser el examen de pesquisa de TBC pasando a ser solo parte del seguimiento, lo que era efectivo a partir de septiembre 2022. Es decir, desde esa fecha no se ha realizado seguimiento de algún examen crítico y en versión actualizada de documento en julio 2023 tampoco se definió alguno de los exámenes de la cartera de

Respecto de los pacientes ambulatorios, el procedimiento de notificación de RC presentado por el prestador señala que este proceso no les aplica, porque son "pacientes estables". Basándose en dicha justificación y pese a ser quien ordena los exámenes, el prestador se excluye de su responsabilidad, como parte del proceso de notificación, señalando que la responsabilidad es del Laboratorio Clínico que lo procesa. Esta justificación no es consecuente con la exigencia de la característica y su aclaración,



**AOC 1.3 – 4°EM**

No registra notificación de todos los resultados críticos

No presenta información para todos los puntos

No cumple los tiempos definidos para la notificación

No cumple el procedimiento de notificación descrito en el documento institucional

*Se utiliza el criterio de cumplimiento de las primeras 7, si alguna no cumple se evalúan todas.*

Total, de exámenes seleccionados	30	Total, de exámenes que cumplen de acuerdo a norma	14
----------------------------------	----	---------------------------------------------------	----



**AOC 2.1**

**CARACTERÍSTICA AOC 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**CARACTERÍSTICA AOC 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**AOC 2.1 – Primer elemento medible:** Se describe en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la derivación de pacientes.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento		SISTEMA DE DERIVACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES	
Código: : PP-AN-AOC 2.1	Versión:2	Fecha: 16/03/2020	
Elaborado por: Dirección de Calidad y Seguridad Asistencial		Aprobado por: Dirección de Calidad y Seguridad Asistencial	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia:5 AÑOS	Nº páginas:1-7	
<b>El documento define los siguientes atributos (SI/NO):</b>			
1. Responsable que decide derivación	SI	2. Red de derivación y procedimiento	NO
3. Tipo y condiciones de transporte	NO	4. Información que acompaña al paciente	SI



Durante la evaluación en terreno, se constató que efectivamente frente a situaciones de urgencia y emergencias, el prestador cumple con el procedimiento descrito en su documento, es decir frente a los diagnósticos definidos como urgencia, efectivamente se llama al familiar para que traslade a paciente a un centro de urgencia.

Observaciones:

No es posible constatar en el documento tenido a la vista las condiciones de transporte, ya que indica solo ambulancia de baja y alta complejidad, y no las condiciones de éste, según lo solicitado por el elemento medible.

En conjunto con lo anterior, no es posible constatar en el documento tenido a la vista Red de derivación y procedimiento, ya que, frente a situaciones de riesgo vital de pacientes, indica procedimiento de derivación, pero no especifica la red de derivación, solo describe al SAMU (atención pre hospitalaria) y que será trasladado el afectado al servicio de urgencias más cercano.

## Característica incumplida – REG 1.1

### REG 1.1 – 2°EM

Los informes de resultados constatados no cumplen con los contenidos mínimos definidos en el documento institucional



#### ÁMBITO REGISTROS (REG)

#### CARACTERÍSTICA REG 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

**REG 1.1 – Primer elemento medible:** Se describe en documento de carácter institucional las características de los informes de resultados que contempla:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: "Características de los informes de resultados imagenológicos"					
N° Código: DOC 35 / REG 1.1		Versión: 1		Fecha: febrero 2020	
Elaborado por:			Aprobado por:		
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 1-5	
El documento contempla:					
1. Responsable del llenado	Si	2. Contenidos mínimos a llenar por cada tipo de prestación	Si	3. Legibilidad	Si

**REG 1.1 – Segundo elemento medible:** Se constata legibilidad y contenidos mínimos de informes de resultados.

Página 30

Metodología de constatación: Para llevar a cabo la constatación en terreno, se solicitó al referente el primer informe de resultado de los 5 primeros días hábiles de los seis meses incluidos en la evaluación (desde mayo hasta octubre). Esto permitió obtener 5 resultados por mes (30 registros para todo el periodo). Para realizar esta búsqueda, el referente ingresa al computador de la unidad de imagenología y busca la carpeta del día seleccionado. Luego, abre el primer informe de resultado que se encuentra en formato "Word".

Punto Verificación	N° Informes revisados	N° Cumplen contenidos mínimos	N° Cumplen legibilidad
Dirección o Gerencia	30	0	30

#### CARACTERÍSTICA REG 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

<b>Puntaje asignado (1-0-NA)</b>	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	2° elemento medible: 0
<b>Umbral de la característica: 100%</b>	Puntaje total: 1/2	Porcentaje obtenido: 50%	Cumple: NO

## Característica incumplida – REG 1.1

### REG 1.1 – 1°EM

No describe el acceso a la FC

No describe el acceso a todos los sistemas que conforman la FC

No establece perfiles de acceso a la FCE

No considera todos los registros que conforman la FC



No define qué tipo de registros se encuentran en cada uno de los formatos que conforman la FC

No describe procedimiento de vinculación

No declara los archivos satélites

Observación: El documento no se describe los diferentes perfiles de acceso ni sus restricciones, ni el momento en que se deberá asignar a los diferentes profesionales la clave que le asegure el acceso a las diferentes plataformas de la ficha clínica.

**Descripción y manejo de la ficha clínica:**

- Código único de identificación: número de ficha clínica
- Procedimiento de acceso: a ficha clínica en formato papel se accede a través de solicitud a funcionario SOME. Los resultados de exámenes a través de plataforma, accediendo solo los profesionales a través de clave de usuario y clave personal e intransferible. *No describe explícitamente el acceso a ficha clínica electrónica, en este caso DAU.*
- Vinculación de las diversas partes: describe que la vinculación se hace a través del código único identificatorio que es el número de ficha, pero no indica el procedimiento de vinculación entre las partes de la Ficha clínica descrita.

Observaciones:

El protocolo, no señala los documentos que se manejan en formato físico, como tampoco el procedimiento de la incorporación de estos documentos a la ficha electrónica, donde se indique el responsable, plazo y cómo estos se almacenan mientras se incorporan a la ficha electrónica.





## Característica incumplida – REG 1.1

En virtud de hallazgos encontrados en el segundo elemento medible, que da cuenta de plataformas o software que no están descritos en el documento, tales como  que contiene antecedentes relevantes de la atención generada por tecnólogo médico de UAPO móvil, en relación prestaciones oftalmológicas; ECICEP Multimorbilidad con tarjetero virtual el contiene datos clínicos de la atención de los usuarios con morbilidades crónicas, según riesgo. Se constata inconsistencias en los elementos medibles de la característica ficha clínica individual.



## Característica incumplida – REG 1.1

### REG 1.1 – 2°EM

Todo el personal no conoce el manejo de la FC

El manejo de la FC no corresponde al procedimiento descrito en el documento

Todo el personal no accede a los registros o sistemas que conforman la FC

Existe inconsistencia entre código único definido en el documento institucional y el declarado por los entrevistados

Se constata el acceso a los diferentes sistemas con claves genéricas

Realiza registros clínicos en sistemas o registros no declarados por el prestador

No se vinculan los diferentes formatos o sistemas que conforman la FC

Se constatan registros paralelos



Se constata que el procedimiento descrito por jefe de SOME, no está en conocimiento de todos los profesionales, ya que no existe una respuesta estandarizada entre ellos, con respecto a cómo se realiza la vinculación de los registros clínicos de un paciente, o cómo pueden acceder a ellos.

Ese desconocimiento se constató en profesionales médicos, odontólogos y matrones, quienes no describen como se accede a los registros clínicos electrónicos; algunos de los profesionales entrevistados, incluso declaran no tener acceso a la ficha clínica electrónica.

Se cuenta con usuarios y claves genéricas para acceder a Sistemas, lo cual no está definido en documento institucional denominado "Procedimiento de administración de ficha clínica".

En base a lo constatado en el 2º EM y según lo descrito en el numeral 85 del Compendio de Circulares, se puede concluir que el Prestador no aplicó los procedimientos descritos en el documento institucional, en cuanto a la debida vinculación de las diversas partes, por lo que se determina que el EM no está cumplido.





Observaciones: De acuerdo a lo constatado en terreno existen diferentes sistemas con información de salud de los pacientes que no se encuentran vinculados con el sistema de ficha clínica electrónica. ( ),

**\*Descripción de hallazgos:**

En las postas de salud rural (3), se constata que el registro de las atenciones de urgencia se realiza en una planilla Excel elaborada para este fin, que se encuentra en el escritorio del computador en cada una de ellas. Este registro no está descrito en el documento institucional del Prestador. Si bien en el documento se describe que las atenciones se registran en la ficha electrónica ( ), ella sólo queda registrado la prestación, por ejemplo, atención de morbilidad, pero el diagnóstico, los signos y síntomas, el tratamiento y las indicaciones se registran en la planilla Excel.

Hallazgos: No se puede constatar el conocimiento del procedimiento de acceso, solicitud y resguardo de ficha clínica Física, registros clínicos en papel, ya que estos procesos no están definidos en protocolo institucional.

## Característica incumplida – REG 1.1

**Hallazgo:** Se observó en la ejecución de trazabilidad de biopsias correspondientes al PQ de cirugía menor que los informes de biopsias con resultado no crítico estaban en un archivador en box de PQ de cirugía menor. Referente comunicó que por tratarse de un programa especial de resolutivez, al término del mes de diciembre estos serían incorporados en la FC de cada paciente. La situación antes descrita afecta la oportunidad en la entrega de los resultados y por ende la calidad y seguridad de la atención, razón por la cual todos los antecedentes deben estar incorporados oportunamente en la FC del paciente. Este archivo satélite no está declarado en el protocolo, por lo antes señalado este elemento medible no cumple.

Durante la evaluación en terreno del EM 2, se constata que en los computadores de las consultas médicas, existe una plataforma que contiene las imágenes correspondientes a los exámenes imagenológicos que fueron tomados a pacientes atendidos en [REDACTED]. Esta plataforma no se encuentra declarada en el documento "Sistema de ficha clínica única e individual", no se explicita como se vincula con el resto de los registros clínicos y tampoco se declara como acceden a ella los profesionales involucrados en la atención del paciente.

Considerando la existencia de archivos transitorios en formato papel (hojas de enfermería) y de una plataforma con los exámenes de imagenología que no están declarados en el documento "Sistema de ficha clínica única e individual" y frente a los cuales no se

## Característica incumplida – REG 1.1

este elemento medible, dado que no se cumple lo definido en cuanto que el código único de verificación establecido como el RUT del paciente no permite acceder ni vincular el sistema respecto de la planificación y simulación de tratamiento de los pacientes de Braquiterapia con el resto de los soportes de la ficha clínica.

Al realizar la constatación en los diferentes puntos de verificación se pudo evidenciar que no existe coherencia con lo declarado en el documento institucional como es cual es el código único, ya que los funcionarios no tienen claridad que sean 2. Además no se describe como se accede a los registros electrónicos donde se almacena información de los pacientes como por ejemplo, los resultados de biopsias y endoscopías. Además, que la ficha no es única, ya que los registros se encuentran por profesional en sus box, como es el caso de Kinesiología y pediatría. Tampoco coincide el formato declarado de ficha (carpeta) con el formato en uso (ficha bibliográfica). No existe clara vinculación entre el formato físico de la ficha y el formato digital, encontrándose respaldos digitales en computador de uso personal (doble registro) de uno de los profesionales médicos.

En la unidad de dental no es posible asegurar la identificación inequívoca de las radiografías dentales, ya que estas no pueden vincularse a través del código único de identificación sino solo por el nombre y apellido del paciente. existiendo el riesgo de error en la identificación de la imagen. Para el resto de las unidades se constata la existencia de ficha clínica única e individual con los atributos requeridos para el elemento medible

### CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

Equipos evaluados por esta característica y que el prestador no tiene:

**EQ 2.1 – Primer elemento medible:** Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento que designa nombramiento: <u>No existe documento que nombre al profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.</u>			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Firmado por:	
Nombre responsable:	Cargo:	Profesión:	

El prestador no define las actividades mínimas a realizar a sus equipos, las actividades son definidas por el proveedor en sus pautas tipo de mantenimiento, cabe reforzar que es el prestador quien debe definir las actividades mínimas a realizar en su programa y no el proveedor como es en este caso.  
Elemento medible no cumple.

### CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

<b>Puntaje asignado (1-0-NA)</b>	Dirección o Gerencia	1° EM:1	2° EM: 0	3° EM: 0
<b>Umbral de la característica: 100%</b>	Puntaje total: 1/3	Porcentaje obtenido: 33%		Cumple: NO

**EQ 2.1 – 3°EM**

No es posible constatar las actividades de mantenimiento

Las actividades realizadas no corresponden a las definidas

No es posible constatar la periodicidad del mantenimiento

No existen respaldos de las mantenciones

No se realiza mantenimiento a todos los equipos

**Mantenimiento preventivo de equipos de monitorización hemodinámica**

Metodología de constatación: Se solicita documentos que den cuenta de la mantención de los monitores hemodinámicos.

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
102060965	No define	Febrero 2023	Febrero 2023	Informe servicio técnico <input type="checkbox"/>	No	No
EW 53017725	No define	Febrero 2023	Febrero 2023	Informe servicio técnico <input type="checkbox"/>	No	No
DBQ0900015	No define	Febrero 2023	Febrero 2023	Informe servicio técnico <input type="checkbox"/>	No	No
BY 4A150997	No define	Febrero 2023	Febrero 2023	Informe servicio técnico <input type="checkbox"/>	No	No
102060954	No define	Febrero 2023	Febrero 2023	Informe servicio técnico <input type="checkbox"/>	No	No
G2AN50045	No define	Febrero 2023	Febrero 2023	Informe servicio técnico <input type="checkbox"/>	No	No

Descripción de los hallazgos: Se detecta que el Programa de mantenimiento preventivo no se incorpora los monitor de hemodinamia, sin embargo, se tiene a la vista la ubicación de los monitores de hemodinamia que se encuentran ubicados en el SAR y sala de procedimientos del CESFAM, además, se constata la existencia del informe de mantención preventiva y se coteja el código y el nombre del equipo. Al no estar contemplados dentro del Programa, no se puede constatar la periodicidad, por lo tanto este elemento medible se da como no cumplido.



**100% de características obligatorias cumplidas**

- No cumple % total de cumplimiento
- Plan de corrección



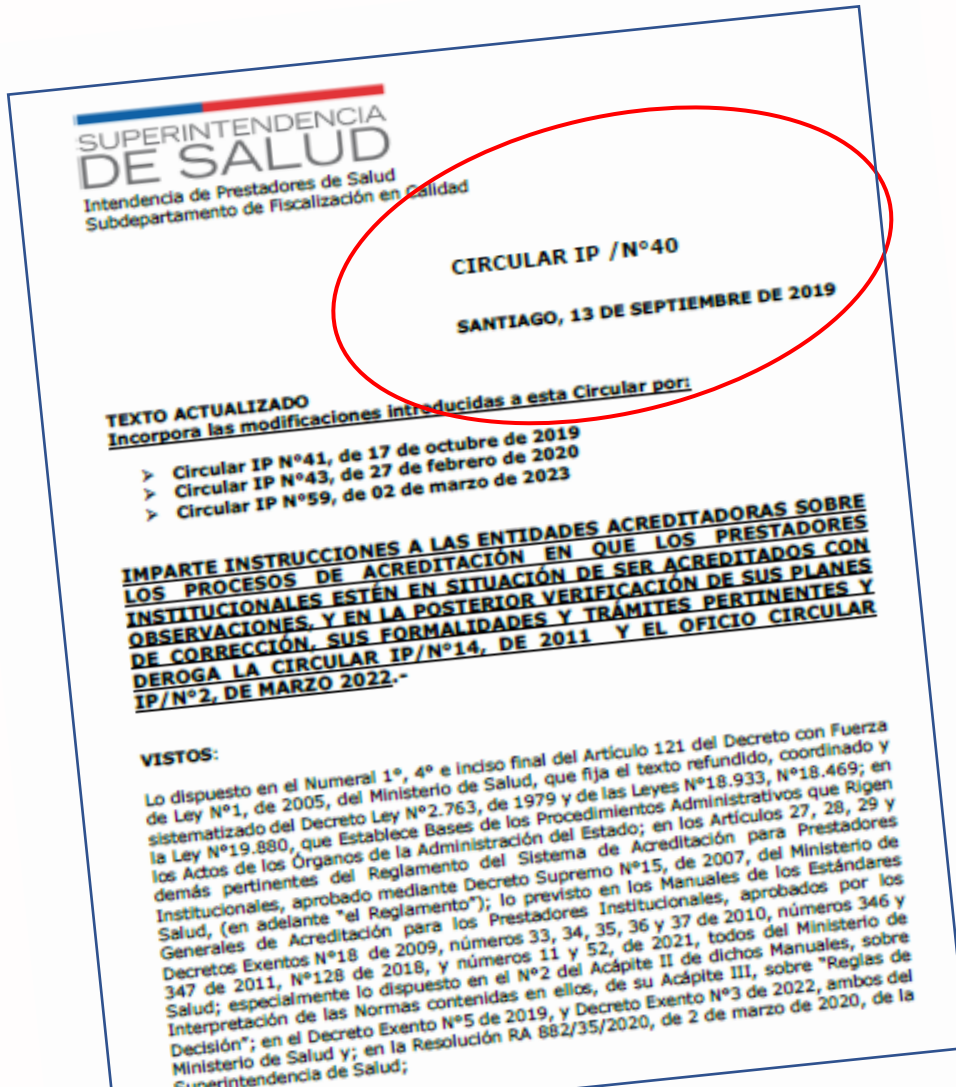
**Características No Obligatorias**





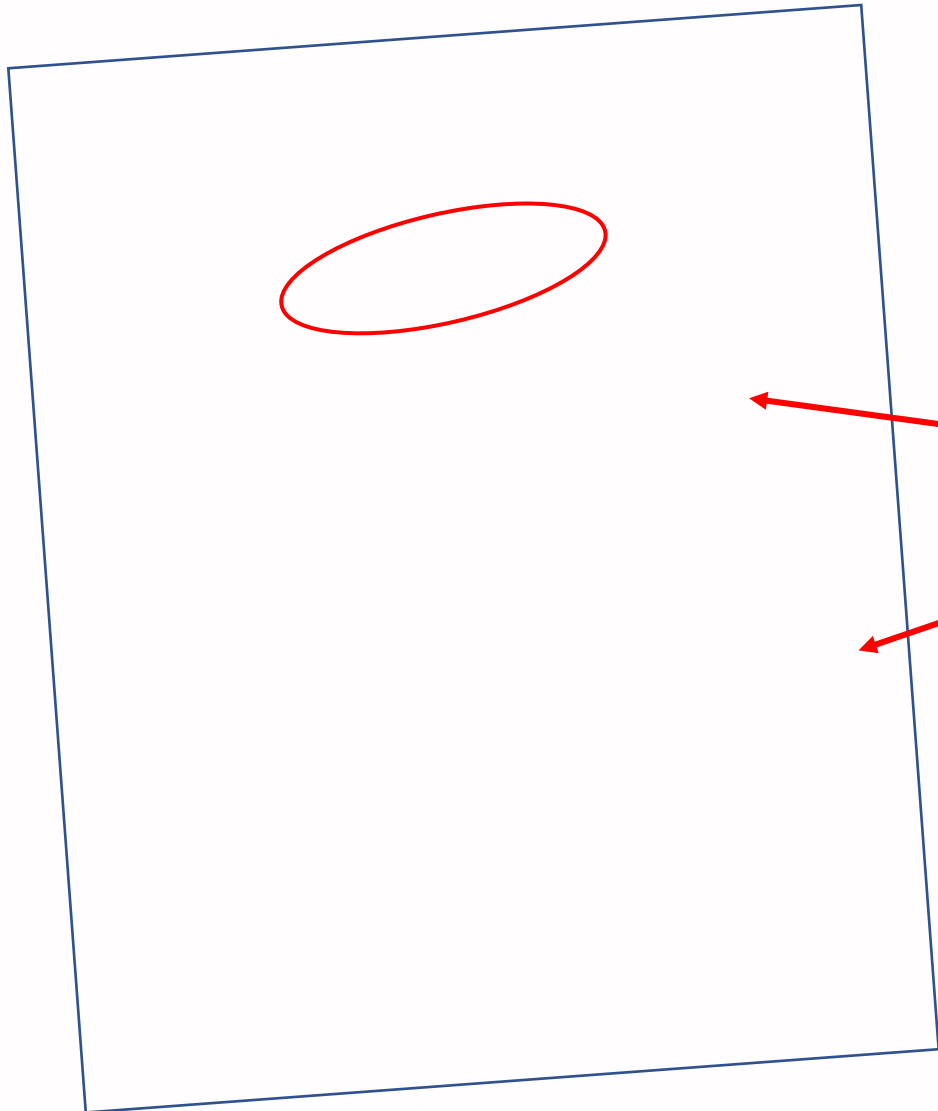
# 13° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

## Circular IP N°40 - 2019 Plan de Corrección



- Instruye a las Entidades sobre los procesos de acreditación de prestadores en Situación de ser acreditados con observaciones”
- Instruye sobre el PC que deben elaborar los prestadores que opten al estado de **“Acreditado con Observaciones”**



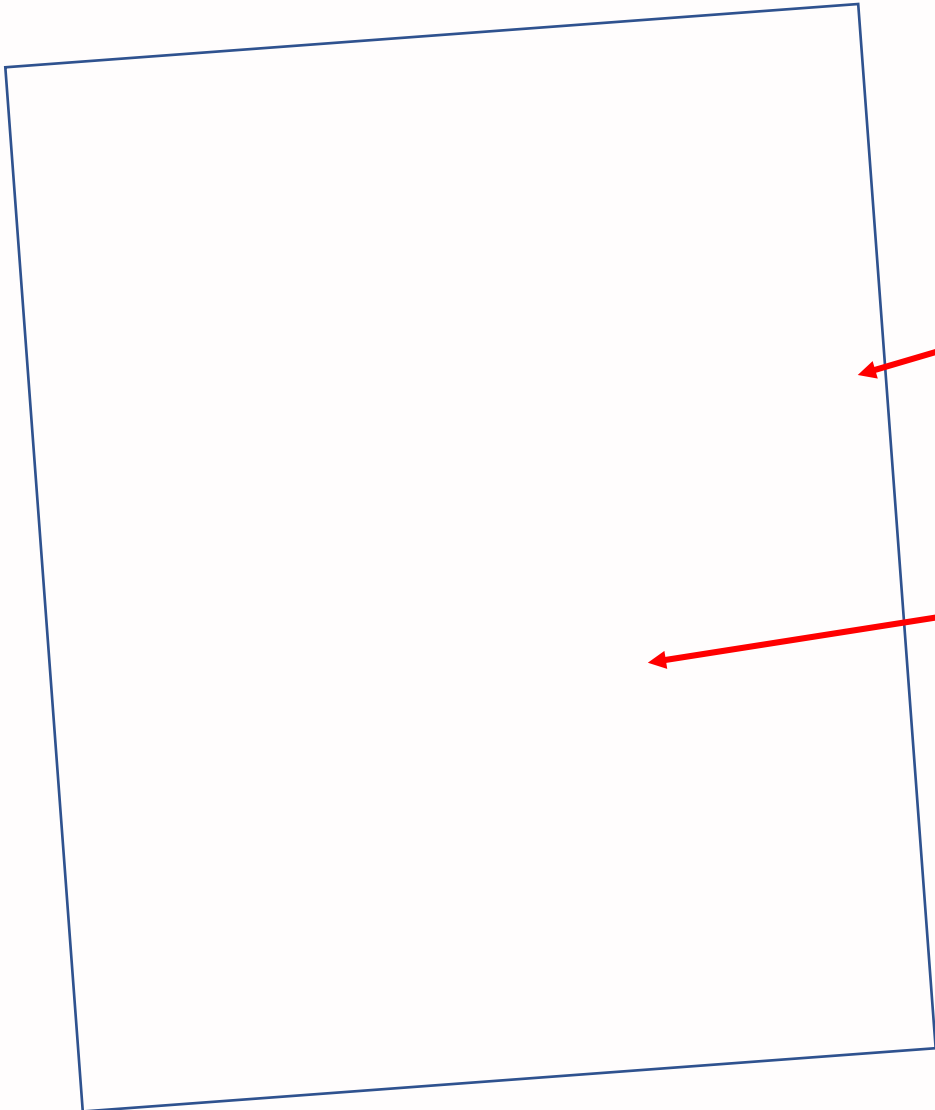


- Instruye a las Entidades sobre los procesos de acreditación de prestadores en Situación de ser acreditados con observaciones”
- Instruye sobre el PC que deben elaborar los prestadores que opten al estado de **“Acreditado con Observaciones”**

Antecedentes

Plan de Corrección

1. Características y EM incumplidos
2. Fundamentos de los incumplimientos
3. Causas y factores contribuyentes del incumplimiento
4. Actividades de análisis
5. Acciones correctivas a aplicar
6. Responsables
7. Plazos de implementación y fechas de reevaluación de la característica



Cronograma para el Plan de Corrección

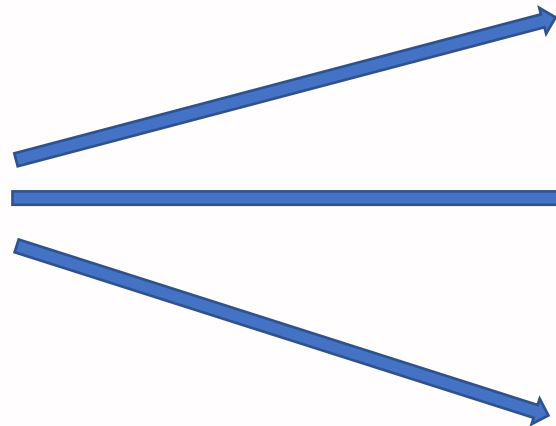
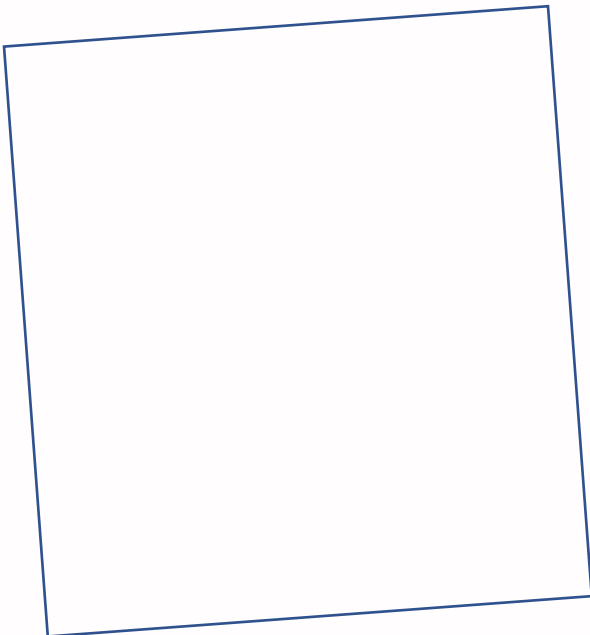
1. Característica y EM incumplido
2. Actividades correctivas
3. Responsables
4. Fecha de implementación

Firmas responsables del prestador



Prestador en Situación de  
ser acreditado con  
Observaciones

**10 días hábiles**



**Acreditado**

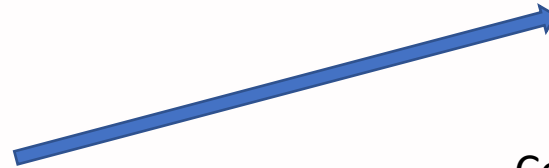
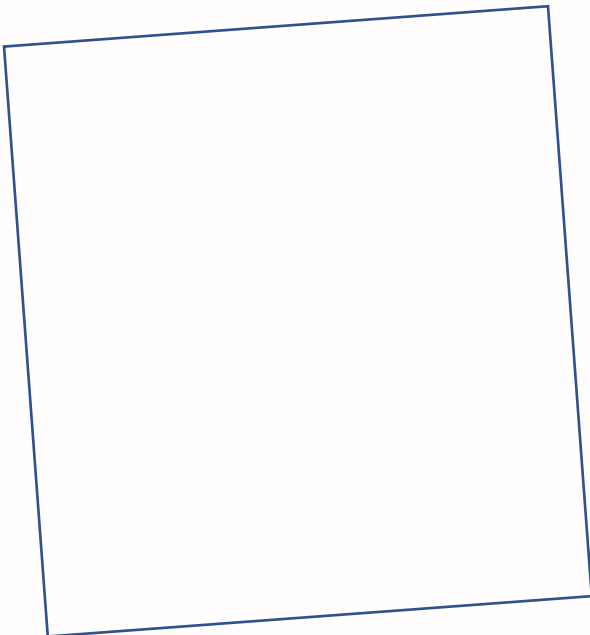
**Acreditado con observaciones**

**No Acreditado**



Prestador en Situación de  
ser acreditado con  
Observaciones

**10 días hábiles**



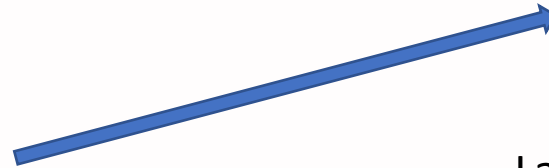
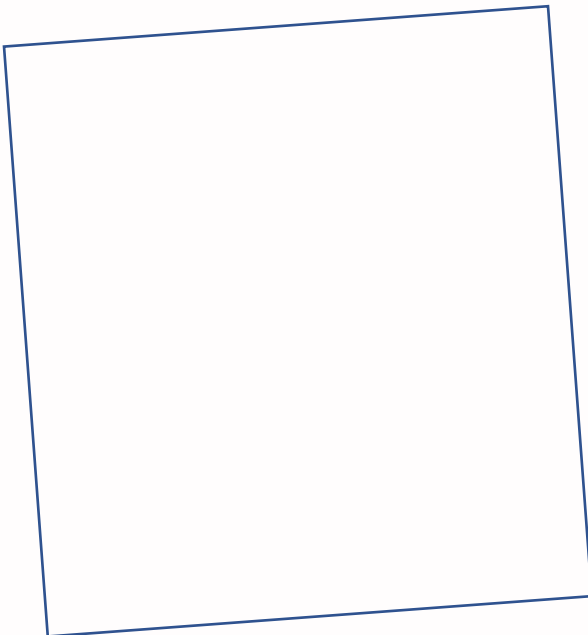
**Acreditado**

- Corrige incumplimiento documental
- Presenta documentos corregidos junto al PC



Prestador en Situación de  
ser acreditado con  
Observaciones

**10 días hábiles**

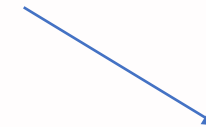
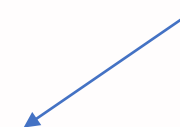


## **Acreditado con Observaciones**

- Las actividades propuestas dan cuenta del incumplimiento presentado
- Presentar nueva solicitud
- Nueva EA evalúa en terreno la implementación y cumplimiento del PC

Acreditado

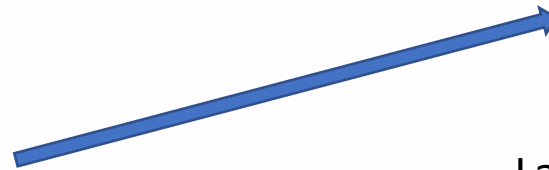
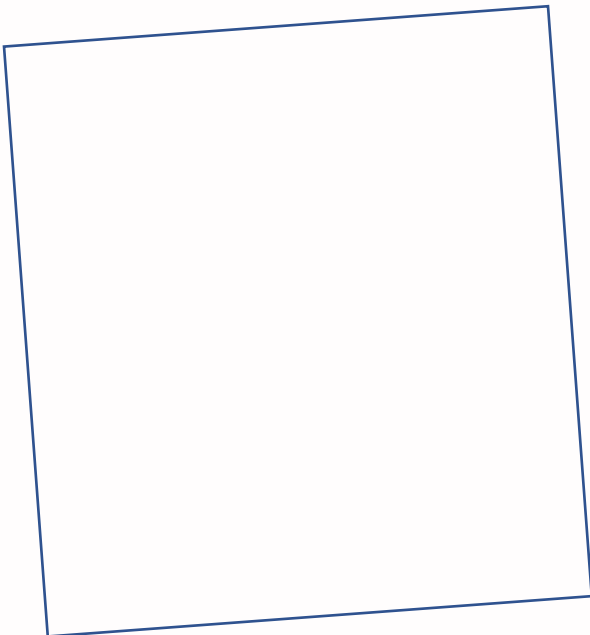
No Acreditado





Prestador en Situación de  
ser acreditado con  
Observaciones

**10 días hábiles**



**No Acreditado**

- Las actividades propuestas no dan cuenta del incumplimiento representado



## Principales problemas detectados

Las actividades **no** son pertinentes para subsanar los incumplimientos.

**No** corrige todos los incumplimientos representados.

Las correcciones **no** se basan en normas vigentes.

**No** adjunta los respaldos corregidos.

Problemas de redacción

Sólo presentar PC para las características indicadas en el Informe de Acreditación



**13° Encuentro  
Nacional de  
Calidad en Salud**

**Gracias**